

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA PSYCHOLOGIE



RIGORÓZNÍ PRÁCE

Mgr. Petra Valentová

Vybrané psychologické aspekty posuzování nebezpečnosti, rizika
recidivy a možnosti resocializace pachatelů násilného trestného činu

Selected Psychological Aspects of High Risk Assessment and
Correctional Rehabilitation of Perpetrators of Violent Crime

Praha 2015

Vedoucí práce: **PhDr. Hedvika Boukalová, PhD.**

Poděkování:

Ráda bych poděkovala především vedoucí své rigorózní práce PhDr. Hedvice Boukalové, PhD. za vstřícnost, trpělivost, ochotu a podnětné vedení. Dále děkuji MUDr. Jiřímu Švarcovi, PhD. za poskytnutí příležitosti k realizaci empirické části této práce a vedoucímu psychologovi PN Bohnice PhDr. Petru Goldmannovi a jeho zástupkyni PhDr. Tereze Soukupové, PhD. za umožnění mého profesního růstu. Jsem velice vděčná za pomoc pacientům PN Bohnice - pavilónu 5 a 17, bez nichž by se projekt nemohl uskutečnit. Za plodné diskuse, poskytnutou literaturu a za odborné rady bych ráda poděkovala Doc. MUDr. Janu Veverovi, PhD. Mgr. Vladimíru Skřivánkovi bych ráda poděkovala za trpělivost a za dlouhodobou inspiraci. Prof. MD. Janu Volavkovi, PhD. děkuji za ochotu a čas, který mi věnoval. Za proškolení v HCR-20 (V3) a za odbornou konzultaci děkuji Prof. J., L. Ireland a Dr. C., A. Ireland. Děkuji za spolupráci taktéž PhDr. et PhDr. Radku Ptáčkovi, PhD., MBA.

Prohlášení:

„Prohlašuji, že jsem rigorózní práci vypracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.“

V Praze, dne 28. července 2015

[vlastnoruční podpis]

.....
Mgr. Petra Valentová

Abstrakt

Hlavním cílem předkládané rigorózní práce, jež vychází z diplomové práce autorky Vybrané psychologické aspekty posuzování nebezpečnosti pobytu pachatelů trestného činu na svobodě, rizika recidivy a možnosti resocializace, je zavedení jednoho z momentálně nejčastěji užívaných nástrojů v zahraničí k posouzení rizika recidivy pachatelů násilného trestného činu HCR-20, 3. verze, do českého prostředí, jako nástroje nejen na měření rizika recidivy, ale i na posouzení efektivity terapeuticko-resocializačních programů. Konkrétně se jedná o detailnější představení teoretického podkladu tohoto nástroje a o ukázkou kvalitativního vyhodnocení metody na třech kazuistických případech s důrazem na aplikaci změn v profilu pacientů na konkrétní resocializační program. V kvantitativní části práce je pak měřena efektivita terapeuticko-resocializačního programu, zde ochranného léčení, pomocí výše zmíněného nástroje. Tento projekt podtrhuje důležitost často v českém prostředí podceňovaného výcviku v užívání HCR-20 (V3) k posouzení rizika recidivy, důležitost nabytých zkušeností s posuzováním rizika recidivy a v neposlední řadě důležitost užívání jednotné transparentní metody v této oblasti. Studie zároveň podporuje zavedení standardizovaného nástroje hodnocení rizika recidivy tak, aby se Česká republika přiblížila zahraničnímu trendu a posuzování rizika recidivy ad hoc bylo nahrazeno právě klinickým úsudkem podpořeným výsledky získanými standardizovaným nástrojem. Aby bylo dosaženo cíle, je třeba dalšího výzkumu v této oblasti. Uvedená práce je podepřena i z teoretického hlediska definováním a specifikací pojmů souvisejících s posouzením nebezpečnosti pachatelů, rizikem recidivy a resocializačními technikami a programy. Objasněna jsou různá teoretická pozadí fenoménů agrese a násilí. Dále jsou popsány v současné době užívané nástroje posouzení nebezpečnosti a v neposlední řadě je na základě nejnovějších výzkumů objasněn vztah hojně diskutovaných pojmů – nebezpečnost a psychózy, psychopatie, recidiva sexuálního násilí a syndrom závislosti a násilí.

Klíčová slova: *HCR-20, 3. verze - HCR (V3), kriminogenní a protektivní faktory, posuzování nebezpečnosti, resocializace, riziko recidivy*

Abstract

An implementation of what is currently one of the most commonly used tools for high-risk assessment of offenders abroad, HCR-20, the 3rd version to the Czech Republic is the main goal of the submitted doctoral thesis. This doctoral thesis is based on the author's thesis „Selected Psychological Aspects of High Risk Assessment, The Risk of Re-Offense and Correctional Rehabilitation.“ It is assumed that this tool is used not only for high risk assessment but also for measuring the effectiveness of treatment programs. Specifically, a more detailed theoretical background of this tool, an illustration of qualitative data evaluation within three different case studies and its application to specific therapeutic resocialization program will be provided. In the quantitative part of this doctoral thesis the effectiveness of a therapeutic program by HCR-20 (V3) is measured. This project underlines an importance of taking part in training for a high-risk assessment tool, which is very often underestimated in the Czech Republic, and the importance of gained experiences in high-risk assessment of offenders and finally the use of uniform transparent method for assessing risk of reoffending. Moreover, the study supports the implementation of standardised high-risk assessment method. The high-risk assessment of offenders ad hoc should be replaced in our country by clinical assessment supported by results gained via standardised high-risk assessment tool as it is applied abroad. Further research is needed to gain this goal. Empirical results in the doctoral thesis are supported by theoretical background. Terms such as the high-risk assessment, re-offense, rehabilitation techniques and programs are defined and specified. Furthermore, currently used high-risk assessment methods are described. Widely discussed links between dangerousness and violence and concepts of psychosis, psychopathy, sexual recidivism and addiction syndrome are explained.

Keywords: *HCR-20, 3rd version - HCR (V3), risk factors and protective factors, high-risk assessment, rehabilitation, risk of re-offense*

OBSAH

ÚVOD	1
TEORETICKÁ ČÁST	4
1. Agrese a násilí	4
1.1. Agrese	4
1.1.1. Vymezení pojmů souvisejících s agresí	4
1.1.2. Druhy agrese	7
1.1.3. Teorie agrese.....	11
1.1.4. Faktory agresivního chování.....	15
1.1.5. Agrese u forenzně-psychiatrických pacientů.....	16
1.2. Násilí	18
1.2.1. Definice násilí	18
1.2.2. Teorie násilí.....	19
2. Nebezpečnost a její predikce	22
2.1. Definice nebezpečnosti pachatele	22
2.2. Nebezpečnost, násilí a duševní poruchy	23
2.2.1. Definice psychózy.....	23
2.2.2. Teoretická východiska a výzkumy vztahu násilí a duševní poruchy.....	24
2.3. Nebezpečnost, násilí a psychopatie	28
2.3.1. Definice a teoretické pozadí vztahu násilí a psychopatie	29
2.3.2. Výzkumy vztahu násilí a psychopatie	34
2.4. Nebezpečnost, násilí a recidiva sexuálního násilí	35
2.4.1. Definice parafílie.....	35
2.4.2. Sexuální agrese	36
2.4.3. Faktory nebezpečnosti u recidivy sexuálního násilí.....	37
2.5. Nebezpečnost, násilí a syndrom závislosti	38
2.6. Predikce a posuzování nebezpečnosti pachatele	40
2.6.1. Typy prognostiky kriminality.....	40
2.6.2. Posuzování nebezpečnosti - historie a přístupy	41
2.7. Predikční nástroje kriminálního chování	47
2.7.1. PCL-R.....	47
2.7.2. V-RAG	48
2.7.3. LSI-R.....	49
2.7.4. SARPO.....	50

2.7.5 HCR-20 (V3) Historical Clinical Risk Management (Version 3)	51
3. Recidiva a resocializace	56
3.1. Recidiva.....	56
3.1.1. Definice recidivy	56
3.1.2. Kriminogenní - rizikové faktory recidivy	57
3.1.3. Protektivní faktory ve vztahu k recidivě	60
3.1.4. Výzkumy recidivy.....	62
3.2. Resocializace.....	64
3.2.1. Definice resocializace	64
3.2.2. Resocializační techniky	65
3.2.3. Forma a typy resocializačních programů	68
3.2.4. Ochranné léčení	70
3.2.5. Výzkumy resocializace u osob trpících psychopatií a ASPD	72
EMPIRICKÁ ČÁST.....	75
4. Výzkumný projekt a jeho charakteristika	75
4.1. Cíle výzkumu a výzkumné předpoklady.....	75
4.2. Výběr vzorku.....	77
4.3. Charakteristika výzkumného souboru	78
4.3.1. Věkové rozložení.....	78
4.3.2. Typ ochranného léčení	79
4.3.3. Recidiva.....	79
4.3.4. Typ násilného trestného činu.....	80
4.4. Postup výzkumu	81
4.4.1. Shromáždění a analýza dat	83
4.5. Postup sběru dat	84
5. Zpracování dat.....	86
5.1. Kvalitativní zpracování dat.....	86
5.1.1 Kazuistiky a způsob vyhodnocení HCR (V3).....	86
5.2. Kvantitativní zpracování dat	87
5.2.1 Efektivita terapeuticko-resocializačního programu a důsledky změn pro resocializaci.	87
6. Výsledky a interpretace	88
6.1. Kvalitativní část - kazuistiky a způsob vyhodnocení HCR-20 (V3)	88
6.1.1. Pan Michal.....	88
6.1.2. Pan Adam.....	95
6.1.3. Pan Josef.....	101

6.1.4. Porovnání kazuistik.....	107
6.2. Kvantitativní část - měření efektivity OL pomocí HCR-20 (V3) a následná doporučení pro resocializaci.....	108
6.2.1. Změny celkového souboru ve faktorech HCR-20 (V3).....	109
6.2.2. Efektivita OL a následná doporučení pro resocializaci.....	127
7. Diskuse.....	140
7.1. Limity výzkumu.....	140
7.1.1. Vliv subjektivity na hodnocení rizika recidivy.....	140
7.1.2. Složení vzorku.....	142
7.1.3. Výhody a nevýhody HCR-20 (V3)	144
7.2. Srovnání výsledků s předchozími výzkumy.....	146
7.3. Směřování dalšího výzkumu	150
ZÁVĚR.....	152
POUŽITÁ LITERATURA	155
<i>Seznam tabulek.....</i>	<i>169</i>
<i>Seznam grafů.....</i>	<i>170</i>

ÚVOD

Posuzování nebezpečnosti pachatele, stejně tak jako recidiva či resocializace, jsou již po delší dobu diskutované termíny, které spolu vzájemně souvisí. Je to problematika, kterou se zabývá mnoho vědních oborů, jakými jsou např. psychologie, kriminologie, trestní právo či psychiatrie. Tyto obory se navzájem překrývají, avšak přinášejí jedinečný pohled na zkoumané fenomény. Posuzování rizika recidivy pachatele násilného trestného činu spadá do pracovní náplně psychiatrů a psychologů, k níž je přihlíženo soudcem při posuzování míry nebezpečnosti pachatele pro společnost i pro sebe samého. Posouzení kriminogenních i protektivních faktorů delikvence je velice důležité, neboť pachatel trestného činu může představovat určitou míru rizika pro společnost i po propuštění z uložené ochranné léčby či po propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, a proto je velice důležité posoudit míru jeho rizikovosti co nejpřesněji (Matiaško, 2010).

K posouzení rizika recidivy pachatele byly postupně vyvíjeny a zdokonalovány nástroje, přičemž ty nejnovější jako je např. HCR-20 (V3), spadají do čtvrté generace, jež je zaměřena nejen na posouzení statických, ale i dynamických proměnných. Tyto metody však navíc ještě zahrnují určení plánů následující intervence tak, aby byla co nejpřesněji zacílena na osobnost pachatele a snížila pravděpodobnost spáchání recidivy (Doyle & Dolan, 2008).

Posuzování rizika recidivy ad hoc by mělo být nahrazeno klinickým úsudkem znalce, jež by měl být podpořen výsledky získanými pomocí standardizovaného nástroje určeného k měření rizika recidivy. Mnoho výzkumů prokázalo větší efektivitu posouzení rizika recidivy pachatelů, pokud je prognóza založena právě na standardizovaných nástrojích (Doyle & Dolan, 2008). Tyto metody by však neměly být užívány bez příslušného tréninku a zaškolení v užívání těchto metod z důvodu vzniku nepřesností v posouzení a snížení jejich efektivity, jak prokázali Flores, Lowenkamp, Holsinger a Latessa (2006).

Z důvodu objasnění a specifikace konstruktů posuzování rizika recidivy pachatelů, který je v zahraničí již dlouhou dobu zkoumán, nicméně v České republice mu až taková pozornost věnována není, a s ním spojenými pojmy nebezpečnosti a resocializace, je napsána tato práce. Hlavním cílem je nejen objasnění teoretického základu těchto konstruktů, ale i výzkumná podpora - konkrétně představení HCR-20 (V3) jako nástroje na měření efektivity terapeutického programu v kvantitativní empirické části této práce a posouzení rizika recidivy na třech kazuistických případech pomocí tohoto nástroje s cílem ukázat kvalitativní

zpracování zhodnocení rizika recidivy s důrazem na aplikaci na konkrétní terapeuticko-resocializační doporučení.

V teoretické části budou specifikovány pojmy agrese a násilí a fenomény s nimi související, tudíž agresivita, hostilita, hněv a asertivita. Představeny budou různé druhy agrese s důrazem na agresi kriminální. Agrese jako fenomén bude vysvětlena z pohledu různých teorií, a to teorie instinktivistické, psychoanalytické, teorie frustrace - agrese, frustrační teorie agrese, teorie sociálního učení, kognitivní teorie agrese a integrativní teorie agrese. Dále budou osvětleny faktory agresivního chování a agrese u forenzně-psychiatrických pacientů. Stejně jako agrese bude definován i konstrukt násilí společně s biologickými, sociobiologickými a sociálně-psychologickými teoriemi jeho výkladu. Další částí teoretického úseku této práce bude nebezpečnost pachatele a její predikce. Uvedeny budou typy prognostiky, historie a přístupy k posuzování nebezpečnosti pachatelů. Pro srovnání nástroje posouzení rizika recidivy a efektivity terapeuticko-resocializačního programu užíteho v empirické části HCR-20 (V3) budou uvedeny a blíže popsány i další hojně užívané nástroje posouzení rizika recidivy a nebezpečnosti pachatele jako je PCL-R, V-RAG, LSI-R a nástroj užívaný Vězeňskou službou ČR SARPO. Dále bude na základě výzkumné evidence specifikován hojně diskutovaný vztah nebezpečnosti, násilí a fenoménů psychózy, psychopatie, recidivy sexuálního násilí a syndromu závislosti. V poslední části teoretického úseku pak bude brán zřetel na pojmy recidivy a resocializace, přičemž popsány budou kriminogenní a protektivní faktory recidivy, resocializační programy a techniky, ochranné léčení v ČR a výzkumy týkající se těchto fenoménů.

V praktické části předkládané rigorózní práce pak čtenáři naleznou popis výzkumného projektu, tedy představení nástroje posouzení rizika recidivy a efektivity terapeuticko-resocializačního programu HCR-20 (V3). Z hlediska kvantitativní části výzkumu je poukázáno na metodu HCR-20 (V3) jako na nástroj měření efektivity terapeutického programu, přičemž jsou sledovány změny určitých položek daného nástroje měřené na začátku podstoupení terapeutického programu a po přibližně 5 měsících ochranné léčby u daných probandů. Dále je kvalitativně ilustrována ukázka užití HCR-20 (V3) na třech odlišných kazuistických případech pacientů, přičemž jednomu probandovi byla nařízena ochranná léčba psychiatrická, druhému ochranná léčba sexuologická a třetímu pacientovi byla nařízena ochranná léčba protialkoholní a protitoxikomanická. Dále je osvětleno teoretické pozadí nástroje, obsah jeho položek, způsob administrace a vyhodnocení a zhodnocení výhod a nevýhod HCR-20 (V3). V závěru studie jsou k nalezení limity výzkumu a doporučení

dalšího bádání v této oblasti v České republice tak, aby posouzení rizika recidivy pachatele a změření efektivity terapeuticko-resocializačních programů bylo co nejpřesnější a pomáhalo tak chránit nejen společnost, ale i jedince samotného.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Agrese a násilí

1.1. Agrese

Vzhledem k faktu, že tato rigorózní práce se zabývá zkoumáním recidivy, resocializace a nebezpečnosti, musí zde být objasněny i pojmy jako je agrese či násilí, které s nimi významně souvisí. Různé druhy agrese či násilí na okolních lidských subjektech či na sobě samém jsou právě důležitou komponentou nebezpečnosti pachatelů. V empirické části tohoto bádání bude pracováno s pachateli násilných trestných činů s nařízenou psychiatrickou, sexuologickou, protitoxikomanickou či protialkoholní ochrannou léčbou, přičemž pojem násilí zde bude jedním z hlavních diskutovaných. Tato kapitola bude obsahovat podrobný rozbor, jak mohou být termíny agrese a násilí definovány a uvede několik koncepčních teorií zabývajících se touto problematikou avšak z jiného úhlu pohledu a s různými teoretickými východisky.

1.1.1. Vymezení pojmů souvisejících s agresí

Agrese

Agrese a násilí jsou pojmy, které se částečně překrývají a mají mnoho společného. Nahlížení jejich vztahu bude nastíněno níže. Nyní se budu zabývat pojmem agrese, který je aktuálně velice skloňovaný, ať už v souvislosti se vzrůstající agresí např. u školních dětí a z ní pramenícího násilí ve školách a masových útoků, či se vzrůstající agresí určenou životním stylem současné společnosti, která tak ventiluje přetlak a stres vzniklý neúměrnými požadavky dnešní hektické doby (Brown, Newnam & Wilson, 2005). Je to navíc téma, které se dotýká nás všech. Mnoho z nás se někdy ocitlo v roli oběti či možná i pachatele násilí nebo alespoň v roli pozorovatele tohoto fenoménu. Přinejmenším jsme byli o nějakém případě agresivity informováni, ať už od známých či ze sociálních médií. Toto téma je tolik diskutované také vzhledem k faktu, že se jedná o mechanismus přirozený, který má svou funkci v evolučním vývoji a slouží k přežití druhu (Čermák, 1999). Agrese je pojem zkoumaný mnoha obory. Překrývá se zde působení psychologie, sociologie, ekonomie, politologie, kulturní antropologie a dalších vědních oborů.

Agrese je pojem, který může nabývat mnoha významů. Důvodem této mnohoznačnosti je nejspíše fakt, že má velkou škálu projevů. Dle Čermáka (1999, s. 9) může být agrese

definována jako „*násilné narušení práv jiného člověka, jako ofenzivní jednání nebo procedura, ale také jako asertivní jednání.*“ Vágnerová (2008) pak mluví o agresi jako o aktuálním projevu agresivity. Agrese souvisí s porušováním sociálních norem, omezováním práv a narušováním integrity. Občas bývá v literatuře uváděn pojem agresivní pud, pomocí něhož je agrese vysvětlována. Tento pud však nemusí nutně působit negativně, nýbrž v sobě nese i pozitivní funkci - uspokojuje vitální potřeby či překonává ohrožení fyzické či psychické integrity, čímž slouží k ochraně člověka jako druhu a nikoliv k destrukci nepřítele. Dalším možným způsobem vysvětlení agrese je její vnímání jako nezbytného základu intelektuálního vývoje člověka. Jiní autoři vnímají agresi jako donucovací jednání, které zajišťuje zisk moci nad druhými, či ji vnímají jako zálibu v ubližování druhým (Čermák, 1999).

Samotný pojem agrese pochází z latinského slova *ad-gredior* - přistoupit blízko, napadnout. Lovaš (2008) zastává názor, že agresi je třeba vidět jako komplex zacíleného destruktivního jednání způsobujícího záměrně újmu sobě či druhým osobám, přičemž zdůrazněn musí být právě onen záměr a zacílenost. Některé záměrné ublížení však nemůže být považováno za agresi, jako např. způsobení bolesti pacientovi zubním lékařem. Je třeba se tedy zaměřit na posouzení nadřazených úmyslů.

S agresi souvisí některé důležité pojmy, které je třeba objasnit, konkrétněji jsou to pojmy násilí, agresivita, asertivita, hostilita a hněv.

Násilí

Násilí je pojem, který bývá s agresi občas zaměňován. Tento pojem bývá používán především v případech převedení agrese do praktické roviny, jako např. domácí násilí. Domácímu násilí, jehož obětí může být kdokoliv, se aktivně v České republice věnují Petra Vitoušová a Ludmila Čírtková, ale především však Policie ČR a Intervenční centra. Nicolson (2006) zdůrazňuje, že při domácím násilí se může jednat jak o projevy fyzického násilí, tak i o projevy sexuálního či psychického násilí. Konkrétními projevy pak může být neustálé a systematické nadávání, ponižování, zesměšňování, vyžadování neobvyklých sexuálních praktik, které partner či partnerka neakceptuje, znásilnění, výhrůžky, ublížení na zdraví či např. finanční vydírání. Se všemi těmito jevy se v rámci domácího násilí setkáváme v jednom obydlí. Obětím tohoto fenoménu se v České republice věnuje organizace Bílý kruh bezpečí. Jednou z forem násilí je i sexuální násilí, přičemž tento pojem a jeho definice jsou kulturně podmíněny. Basile a Saltzman (2002) definují sexuální násilí jako jakýkoliv sexuální akt spáchaný proti vůli dané oběti. Mezi sexuální násilí může být řazeno mnoho různých sexuálních činů jako je např. nedobrovolný pohlavní styk či pokus o něj (např. znásilnění),

hrubý sexuální kontakt, např. dotýkání agresora oběti proti její vůli) či nekontaktní sexuální zneužití (např. exhibicionismus). Oběti sexuálního násilí nesouhlasí se sexuálním aktem či nejsou schopné souhlasit nebo odmítnou daný akt povolit. Další formou může být např. šikana, jejíž definici zde však nebudeme rozvádět, protože se přímo netýká výzkumného tématu této rigorózní práce.

Agresivita

Dalším důležitým pojmem v tomto kontextu je agresivita. Vymětal (2003) považuje agresivitu za stálou schopnost člověka jednat útočně. Agresivita je vnímána spíše jako trvalý rys osobnosti, jako jakási predispozice k agresivnímu jednání, které se může projevit, ale nemusí (Čermák, 1999). Matějček a Dytrych (1997) ji nazývají motivační základnou pro agresivní chování, které se vyznačuje prosazováním vlastních práv za cenu znásilňování práv druhých a expresí vlastních potřeb a pocitů nepřiměřeným způsobem.

Hostilita

Hostilita je pak celkovým negativním postojem k ostatním jedincům a nepřátelstvím. Můžeme zde mluvit o přednastavení osobnosti (Čermák, 1999). Řezáč (1998) porovnává agresi s hostilitou. Agrese je pro něj neadekvátní technikou dosahování cílů, zatímco u hostility je záměrem přímo druhým jedincům ublížit.

Hněv

Hněv je silná emoce, která může doprovázet agresi. Je to emocionální stav, který se skládá z pocitů iritace, napětí nebo vzteku (Řezáč, 1998). Při agresivním chování tato emoce však přítomna být může či nemusí. Spíše však bývá s agresí spojován afekt vzteku, který je těžko ovladatelný a nese s sebou tendence k násilnému jednání. Hněv je oproti tomu méně intenzivní a navíc i jeho zdroje mohou být kvalitativně jiné povahy (Čermák, 1999).

Asertivita

Neméně důležitá je také asertivita. Asertivní jednání lze popsat jako prosazování si svých vlastních práv a názorů při dosahování cílů. Na rozdíl od násilného jednání však asertivní chování nezpůsobuje záměrně újmu druhým účastníkům komunikačního procesu (Čermák, 1999).

1.1.2. Druhy agrese

Z hlediska příčiny rozděluje Čermák (1999) agresi na instrumentální neboli vědomě kontrolovanou a na emocionální čili impulzivní. První zmiňovaný typ agrese je spíše prostředkem, jak dosáhnout cíle. Agrese není účelem sama o sobě. Užití instrumentálního typu agrese také provází předem připravený plán daného jednání. Naopak agrese emocionální je charakterizována silnou negativní emocí a je cílem sama o sobě. Zdůrazněna je zde spíše složka afektivní, kdežto u vědomě kontrolované agrese je základem složka kognitivní, jak již sám název napovídá. Impulzivita je navíc některými autory zpochybňována, protože daná emoce je při výskytu agrese popisována jako více či méně uvědomovaná emoce, což impulzivitu vylučuje.

Z hlediska formy pak Čermák (1999) uvádí rozlišení 8 typů agrese, které vznikly za použití tří bipolárních dimenzí agrese, a to přímé - nepřímé, aktivní – pasivní a fyzické – verbální. Tudíž agresi můžeme rozdělit na fyzickou aktivní přímou (např. fyzický útok), fyzickou aktivní nepřímou (např. poškození cizího majetku), fyzickou pasivní přímou (např. úmyslně zpomalená činnost), fyzickou pasivní nepřímou (např. snaha o zpomalení činnosti druhých), verbální aktivní přímou (např. výhrůžky), verbální aktivní nepřímou (např. pomluva osoby za účelem způsobení újmy), verbální pasivní přímou (např. ignorace dotazování se druhých osob), verbální pasivní nepřímou (např. nezabránění šíření pomluv s cílem druhé osobě uškodit).

Jako další klasifikace může být uvedeno Moyerovo dělení agrese na agresi predátorskou; agresi mezi samci; agresi vyvolanou strachem; dráždivou agresi; mateřskou agresi, sexuální agresi a agresi jako obranu teritoria (Čermák, 1999).

Dále může být agrese rozlišována dle jejího směru. Může být zaměřená buďto na sebe samého, potom je nazývána autoagresí, jež může dojít až do bodu sebevraždy. Dále může být agrese zaměřená ven, na ostatní jedince nebo na skupinu osob. Tento druhý typ agrese je označován jako heteroagrese. Extrémním případem heteroagrese je pak vražda (Vágnerová, 2008).

Vnitrodruhová agrese a mezidruhová agrese jsou také kvalitativně odlišné typy tohoto chování. Jinak se chová agresivní jedinec v rámci svého druhu a jinak se chová ke kvalitativně odlišné skupině. Příkladem může být např. zvíře lovící kořist (Čermák, 1999).

Fromm (1997) rozděluje agresi na dva typy - benigní a maligní. První druh agrese je přirozený, společný jak lidem, tak zvířatům. Je to agrese obranná, která se vyvinula v rámci evoluce a slouží k přežití druhu. Aktivuje se pouze v případě ohrožení či potřeby potravy.

Maligní agrese pak přísluší pouze lidem. Je to destruktivní, v rámci evoluce bezúčelná síla, která slouží k uspokojení navozených potřeb.

Frommovým dělením agrese byly vyčerpány nejpoužívanější klasifikace tohoto fenoménu. Další definice a dělení agrese uvádí např. Selg, Mees a Berg (1997), kteří ve svém díle Psychologie agresivity shrnují tuto problematiku z různých teoretických hledisek.

Kriminální agrese

Z důvodu, že se tato práce zabývá pachateli násilného trestného činu, je důležité zvlášť vymezit kategorii kriminální agrese. Pokud agrese vede k důsledkům, které jsou v rozporu se zákonem, můžeme ji označit jako agresi kriminální. Většinou je tento typ agrese spojen s fyzickým násilím či útokem. Pouze malá část agresivního chování může být označena jako agrese kriminální (Čírtková, 2006). Jak shrnuje Šrutová (2009), kriminální agrese, ať už situačně či osobnostně podmíněná, je spíše zavádějícím pojmem, protože soudní znalci v oboru forenzních věd se s ní setkávají velice zřídka, a když už je ohodnocena jako přítomná, spíše se vyskytuje u jiných trestných činů nežli trestného činu kvalifikovaného jako vražda. Nejzávažnějším typem agrese je agrese promyšlená. Problémem však zůstává, že buď jsou psychologické testy na toto téma příliš transparentní, nebo tyto rysy nedokáží zachytit v plném rozsahu. U násilných zločinců se však agrese vyskytovat může, spíše je to však situačně podmíněná agrese nežli osobnostní rys. Snáze mohou být u těchto jedinců změřeny psychologickými testy syndromy jako egocentrismus, bezohlednost, pohrdání ostatními lidmi i sociálními normami. Důležitou roli při posuzování agrese jedince po spáchání trestného činu hraje moment brutality. Přičemž pod pojmem brutality si Čírtková (2006, s. 181) představuje „*nepřiměřenou odbrzděnou agresi obsahující prvky týrání objektu agrese.*“ Zločin je v tomto případě spáchán obzvláště zavrženíhodným způsobem jedincem, jehož osobnost je výrazně narušena.

Kriminální agrese může nabýt extrémní podoby a přejít např. v amok. Tento stav byl některými odborníky konstatován u tzv. šílených střelců čili masových vrahů, kteří v jednom časovém úseku na jednom místě usmrtili několik osob najednou, aniž by se pro tuto volbu chování vyskytl logický podnět. Amok je kulturně podmíněným syndromem, odbrzděným a nevýběrovým zabíjením při stavu změněného vědomí, o kterém se zmiňuje DSM-IV (4. revize Diagnostického a statistického manuálu). Čírtková (2006) uvádí stadia vývoje amoku. Amok začíná klíčením, přičemž pro tuto prvotní fázi je charakteristická dobrovolná sociální izolace. Poté nastupuje stádium meditace, kdy dochází ke změně stavu vědomí a nastává

celkový pocit strachu či vzteku. Po této fázi nastupuje vlastní amok doprovázený ničením věcí, napadáním osob či zvířat a výkřiky. Po této události pak není výjimečná částečná retrogradní amnézie, dezorientace či hluboký spánek. Tyto fáze se objevují ve vlnách. Motivace této extrémní podoby agrese může být různá. U těchto masových vrahů nebyly generalizovaně prokázány organické obtíže, toxické příčiny či duševní choroby. Kazuisticky popsán by však mohl být i odlišný vývoj amoku u masových vrahů.

Psychologické teorie kriminální agrese

Kriminologie jako disciplína související i s ostatními forenzními vědami jako např. s penologií, forenzní psychologií, trestním právem či soudní psychiatrií se zabývá pachateli trestného činu, ale nejen těmi, kteří jsou pro svůj nezákonný čin odsouzeni. Do této kategorie patří i forenzně-psychiatrickí pacienti, sociálně-patologičtí jedinci či lidé, kteří byli při spáchání trestného činu nezletilí. I pro pachatele trestných činů existují určité osobnostní typologie, které se snaží zohlednit bio-psycho-sociální jednotu osobnosti, avšak v rámci těchto bio-psycho-sociálních kategorií i určit, jaké faktory se na vzniku kriminality u některých jedinců podílí. Je důležité zohlednit multifaktoriální působení na kriminalitu (Schwind, 2013).

Čermák (1999) uvádí rozlišení agresorů na dva podtypy - emocionálně reaktivní a instrumentální. Do první kategorie, tedy emocionálně reaktivní násilníci, spadá většina agresorů. Tito jedinci se vyznačují prchlivostí, výbušností a vznětlivostí. Nechají se příliš snadno vyprovokovat, jsou iritabilní a agresi užívají nikoliv jako prostředek k dosahování svých cílů, ale agrese u nich vzniká jako důsledek emocionální vznětlivosti. Reaktivní násilník se slabou kontrolou impulzů pak může spáchat i závažné násilné trestné činy jako např. vraždu. Instrumentální násilník uplatňuje agresi k uspokojení svých potřeb či k dosáhnutí svého cíle jako je moc, postavení či peníze. Tito jedinci jsou chladní, zaměřeni na cíl a jednají s rozmyslem (Fontaine, 2007). Příkladem je tyran ve skupině, který si svou oběť záměrně vybírá, není úzkostný a ani netrpí pocity méněcennosti, agresi produkuje bez vnějších podnětů a jedná bez emocí, chladně a záměrně (Čermák, 1999). Fontaine (2007) uvádí, že dělení násilníků na emočně reaktivní a instrumentální bylo podloženo mnohými psychologickými, psychiatrickými, neurobiologickými i psychofyziologickými výzkumy. Tyto teorie však nejsou podpořeny v právním systému při rozlišení vraždy a zabití. Další kategorií jsou násilníci, kteří extrémně kontrolují své agresivní tendence. Tento typ dokáže být velice nebezpečný a spáchat závažné trestné činy. Většinou se tyto jedinci projevují

pasivně, mírně a slušně. Po nahromadění určitých okolností pak ale dojde k explozi dlouhodobě kumulovaných agresivních pohnutek a ke spáchání závažného násilného trestného činu. Poté se tito agresori navracejí do svého pasivního módu (Čermák, 1999). Lidé mající potěšení z krutosti se odlišují od všech výše uvedených kategorií. Páchají násilí proto, aby uspokojili svou potřebu vidět a slyšet trpět oběť. Chtějí si zasloužit respekt jiných, protože trpí úzkostným pocitem, že je ostatní nedoceňují. Je nutno tyto agresory odlišit od sadistů i od psychopatů. Prohlubování utrpení oběti, které může dojít až k vraždě, jim způsobuje potěšení a může vyústit v extázi nesexuálního typu (Čermák, 1999).

Čírtková (2006) uvádí psychologické pojetí zdrojů kriminálního jednání. Kriminalita může být důsledkem impulzivního životního stylu, přičemž zde působí jak osobnostní predispozice, tak sociální prostředí. Impulzivní jedinci páchající trestný čin nemívají morální zábrany, chybějí jim všeobecně uznávané společenské hodnoty, jsou agresivní a sobečtí. Již v mládí mají sociálně-patologickou historii a porušují institucionální pravidla. Vězeňská zkušenost v mládí pak není výjimkou a v průběhu života se páchání trestných činů stává pro impulzivního jedince téměř řemeslem. Kriminalita může být také důsledkem instrumentálního jednání. Tito jedinci jsou důkazem toho, že znalost zákonů a morálních norem ještě nezaručuje jejich dodržování. Umějí oddálit momentální potřeby, ale pokud se ocitnou v situaci, kdy před sebou mají lákavý cíl, kterého nejde dosáhnout legálně, neváhají porušit zákon, přičemž pravděpodobnost, že poruší zákon, se zvyšuje s velikostí lákavosti cíle. Kriminální chování může vzniknout i jako důsledek přizpůsobení se skupině. Zde má důležitou roli tlak skupiny a nesvobodné rozhodnutí jedince, jenž se kriminality dopouští. K takovému chování nemusí docházet pouze v tzv. ganzích, nýbrž i např. ve firmách, kdy jsou noví členové nuceni přijmout nekalé praktiky, aby se vůbec v daném prostředí uchytili a nebyli z něj ihned vyloučeni. Pokud jedinec aplikuje neadekvátní strategie při zvládání stresu, důsledkem může být opět kriminální jednání. Když je jedinec frustrován, danou situaci není schopen řešit a dříve, ať už z jakýchkoliv důvodů, se nenaučil adekvátním strategiím zvládání stresu, může volit jako východisko kriminální jednání. Nejčastěji se zde jedná o vztahové problémy, kdy jedinec není schopen navazovat kontakty obvyklým způsobem, prosadit se mezi ostatními jedinci nebo navázat sexuální vztahy. Typickým příkladem jsou vraždy partnerů.

Psychologické teorie kriminálního chování mají široké využití nejen při prevenci kriminality, ale i v oblasti resocializace a soudně-znaleckých posudků. V praxi však téměř výhradně neexistují typy, které by mohly být jednoznačně zařazeny do určité kategorie, nýbrž

se vyskytuje jejich kombinace. Příkladem může být jedinec s rysy impulzivity a neadekvátními strategiemi zvládání stresu. Člověk se navíc může zachovat zcela překvapivým způsobem, který by po vypracování jeho psychologického profilu nikdo nečekal. Těmito překvapivými reakcemi se zabývá tzv. výzkum chaosu, který pracuje s tezí minimálních příčin a maximálních účinků či s tzv. motýlím efektem. Jedna drobná, nevýznamná událost tedy může spustit řetězec vážných následků (Čírtková, 2006).

1.1.3. Teorie agrese

Kolik existuje směrů zabývajících se fenoménem agrese, tolik existuje způsobů vysvětlení vzniku a fungování tohoto fenoménu. Různé teorie se snaží identifikovat jednu obecnou příčinu, kterou by celou problematiku agrese vysvětlily. Jeden směr ji vidí v instinktu, jiný v pudech a další v sociálním učení. Názory na vznik agrese se liší i v rámci jednotlivých psychologických směrů, např. odlišný pohled na proces vzniku agrese uplatňoval Freud a jiný Fromm, přičemž oba lze označit za psychoanalytiky. V následujících odstavcích budou zmíněny výklady agrese vybraných směrů, které se zdají býti v této oblasti nejvíce přínosné. Bude popsána teorie agrese jako instinktu, psychoanalytické teorie agrese, dále frustrace a agrese, frustrační teorie agrese, teorie sociálního učení, kognitivní teorie a integrativní pohled na agresi.

Agrese jako instinkt

První představenou teorií je teorie, která pojímá agresi jako instinkt. Mezi její zástupce může být řazen např. etolog Konrad Lorenz či zakladatel psychoanalýzy Sigmund Freud. Tato koncepce má hluboké kořeny v evoluční teorii Charlese Darwina. Konkrétně o pudech pak hovořili William James a William McDougall, přičemž druhý zmiňovaný vědec kladl důraz na touhy a sklony, které jsou jádrem pudu, jež nás pohání k agresi, tedy kultura a prožitky nesmí být v teorii agrese opomíjeny. A tak byla vytvořena mechanisticko-hydraulická koncepce pudového modelu, která byla v pozměněné formě užívána jak Freudem, tak Lorenzem (Fromm, 1997).

Lorenz popíral vysvětlení agrese jako reakce na vnější okolnosti, agrese je přirovnávána k instinktu, který se zaplňuje zevnitř a může ho uvolnit jen nějaký vnější podnět. Lorenz zdůrazňuje biologické důvody, týkající se teritoria, zachování rodu a potravy jako nejdůležitější koncepce vysvětlení vzniku agrese. „*Tento etolog nesdílí Freudův pozdní výklad agrese z destruktivního pudu, který prý náleží všemu živému, nýbrž zdůrazňuje, že*

puďová agresivita a násilí mají svou úlohu v zachování života a druhu, v boji o existenci, že tedy agresivní chování je jakousi pojistkou sebezáchovy“ (Hollitscher, 1975, s. 114). Agrese vzniká při hromadění energie a následně čeká na své uvolnění. Lorenzovo vysvětlení agrese se nazývá hydraulický model, který byl původně rozpracován Sigmundem Freudem. Dle hydraulického modelu se energie hromadí a chce být uvolněna určitým způsobem, pokud se tomu tak nestane, vyústí tato situace v náhradní chování (Hollitscher, 1975).

Sigmund Freud na rozdíl od jeho předchůdců došel k rozdělení puďů do dvou kategorií - puďu pohlavního a puďu sebezáchovy. Ve svých pozdějších spisech tedy stanovuje novou dichotomii - puď života a puď smrti, přičemž puď smrti je popsán jako sebezničující či ničící jiná individua. Pokud nastane spojení tohoto puďu se sexualitou, je méně nebezpečný a vyvěrá v masochismus či sadismus. Z Freudovy teorie vyplývá, že agresivita je součástí našeho organismu a není reakcí na určité vnější podněty, je v nás přítomna stále (Fromm, 1997). Výše zmíněná teorie je považována za určité překonání instinktivistických teorií o vzniku agrese vzniknuvších před touto koncepcí, za přechod k biologickému přístupu. Na druhou stranu však nestojí tato koncepce na empirických základech, přístup je pouze teoretický a není evidenčně podložen (Hollitscher, 1975).

Psychoanalytické teorie agrese

Fromm odmítal Lorenzův pohled na agresi jako na vrozený puď či přírodní zákon, který můžeme pouze usměrňovat, ale nemůžeme mu zamezit. „*Agresivita, která je člověku biologicky vrozena, není spontánní, ale slouží jako obrana proti ohrožení životních zájmů člověka, jeho růstu a jeho přežití jako individua a jako druhu*“ (Fromm, 1997, s. 426). Fromm odlišuje dva druhy agrese - obrannou agresivitu a ničivou touhu týrat a zabíjet. První z nich je společná člověku i zvířatům a slouží k zachování života, naproti tomu ničivá touha týrat a zabíjet je typická pouze pro člověka. Právě tuto agresi Fromm popisuje ve svém významném díle *Anatomie lidské destruktivity*: Můžeme ovlivnit její podstatu a následky? (1997) na studiích diktátorů jako byl Stalin či Hitler. Fromm (1997) do své teorie zahrnuje poznatky své doby z mnoha oborů jako např. antropologie, neurofyzilogie či paleontologie. Fromm navrhuje, abychom změnili politické a společenské podmínky z důvodu zaplavení světa vlnou destruktivity. Dále se snaží o souhrnný pohled a o diskuzi svých názorů s dalšími teoriemi, proto tuto teorii můžeme nazvat i integrační, ačkoliv její autor se obecně hlásí k psychoanalytickému přístupu.

Soudobým českým psychoanalytikem, který se svou současnou teorií snaží nahlédnout podstatu agrese a její odlišení od násilí, je lékař a psycholog Jan Poněšický. Ve svém díle z roku 2010 postupně rozebírá témata jako zacházení s agresí ve výchově, nemotivovaná agrese, agrese, násilí a strach či moc a proces změny v psychoterapii. Autor dělí agresi stejně jako moc na dvě formy, a to konstruktivní a destruktivní. Konstruktivní moc na intrasubjektivní úrovni pojímá Poněšický jako schopnost seberegulace. Při uplatňování konstruktivní moci jedinec usměrňuje všechny tendence ve prospěch cílesměrného jednání. Na mezilidské úrovni můžeme konstruktivní moc chápat jako humánní intencionalitu - schopnost nejen zaujmout, ale i naslouchat a vcítovat se. Destruktivní moc se na první zmíněné úrovni, tedy intrasubjektivní, vyznačuje sebedestruktivním jednáním. Na rovině intersubjektivní jde spíše o podřizování si sociálního okolí, sebeprosazování, uspokojení vlastních potřeb a o porážku druhých. Autor však upozorňuje, že absolutní moci se dosáhnout nedá. Pociťování oběti se v tomto případě rovná bezmoci a ztrátě důvěry v okolní svět (Poněšický, 2010).

Teorie frustrace - agrese

Mezi reprezentanty další teorie snažící se vysvětlit vznik agrese - teorie frustrace – agrese patří behavioristicky orientovaní badatelé Neil Miller, John Dollard, Leonard Doob, O. H. Mowrer a Robert Sears. Tito autoři tvrdí, že pokud se jedinec dostane do stavu frustrace, spouští se vždy agrese, ať už instrumentální či afektivní, navíc tato zákonitost platí i opačně - agrese uvozuje frustraci. Později byly takto extremistické myšlenky přeformulovány tak, že frustrace může vést k jiným reakcím než k agresí a že k agresivnímu chování mohou vést i jiné faktory nežli frustrace. Tato myšlenka se již považuje za překonanou (Fromm, 1997). Mírnou reformulaci Dollardovy původní teorie pak navrhoval L. Berkowitz (1989), který zdůrazňoval důležitost silného negativního afektu pro vznik agrese. Své myšlenky týkající se fenoménu agrese pak rozvinul v rámci kognitivní neasociační teorie. Fyziologické, kognitivní a další procesy vyvolané negativním afektem se asociačně pojí s tendencemi uniknout a bojovat. Tyto procesy spojené s agresí se pak ukládají v paměti a při další averzivní zkušenosti dojde k jejich znovuvybavení (Lovaš, 2008).

Frustrační teorie agrese

S frustrací pracoval také Rosenzweig, který rozlišoval frustraci primární a sekundární. Primární frustrace je zapříčiněna nepřítomností požadované výsledné situace. U sekundární frustrace jsou zdůrazňovány především dané překážky, které se při procesu satisfakce potřeb

vyskytly. K frustraci obecně dle Rosenzweiga dochází při výskytu překážky, která jedinci brání v uspokojení potřeb. Rosenzweig vytvořil diagnostický nástroj - obrázkový frustrační test (Rosenzweig Picture – Frustration Study, P – F Test), jež pomocí projekce probanda pomáhá na ego brzdících (člověk je frustrován překážkou) a superego brzdících (člověk je obviněn či napadán) vyobrazených situacích určovat typ agrese. Agresi pak rozděluje na extrapunitivní, intropunitivní a impunitivní, přičemž první typ je zaměřen na okolí, druhý na vlastní osobu a třetí typ je zlehčováním vzniklého problematického stavu, přesouváním viny (Svoboda, 1999).

Teorie sociálního učení

Dalším přístupem, který se na fenomén agrese dívá opět z jiného úhlu pohledu, je teorie sociálního učení, později nazývaná sociálně kognitivní teorie, rozvíjená předním americkým psychologem Albertem Bandurou. Uvedená teorie vychází z principu triadického recipročního determinismu, který pracuje se třemi skupinami faktorů - chování, kognitivní, biologické a další vnitřní osobnostní momenty a vnější prostředí. Tyto tři skupiny interagují a na základě tohoto společného působení vzniká množina vzájemně propojených vlivů. Bandura zdůrazňuje především fakt, že agrese může být naučeným sociálním chováním (Janoušek, 1992).

Kognitivní teorie agrese

Vzhledem k tomu, že kognice je nezbytnou součástí agrese, protože se účastní na plánování či volbě agresivního jednání i na rozpoznání důsledků agrese, nesmí být v tomto přehledu vynechány kognitivní teorie agrese, jež zdůrazňují právě kognitivní prvky při vzniku tohoto jevu. Tato teorie vysvětluje vznik agrese pomocí mentálních map, reprezentací či schémat myšlení a rozhodování, které jsou u agresivních jedinců odlišné než u zbytku populace. Agresoři tendují k přisuzování nepřátelských sklonů ostatním jedincům a k bagatelizaci vlastního chování. Agresivní chování je pak oboustranně ovlivňováno např. poznávacími funkcemi, nabytými informacemi či rozhodovací strategií (Čírtková, 2006).

Integrativní teorie agrese

Model zdůrazňující přítomnost mnoha různých faktorů při vzniku agrese se nazývá eklektický. Zástupcem této teorie pojímající agresi jako multikauzálně podmíněný jev je R. G. Geen, vědec dlouhodobě se zabývající problematikou násilí. Geen hovoří o agresi jako o

funkci vzájemně na sebe působících jevů, jako jsou biologické faktory, sociální faktory, učení, ale i masmédia. Geen se zmiňuje i o primárním a sekundárním odhadu působícím na vznik agrese. Primární odhad se týká interpretace stresorů a výsledné míry projeveného stresu a sekundární odhad je spojen s uvědoměním si svých zvládacích strategií v rámci výskytu problémů, pomocí nichž se lze se stresem lépe vyrovnat (Čermák, 1998).

Instinktivistické a neinstinktivistické teorie upozorňují na důležitost biologických čili vnitřních faktorů podílejících se na vzniku agrese. Na druhou stranu však opomíjejí vnější faktory, které mohou agresi taktéž vyvolávat, tudíž popírají velice důležitou část náhledu na toto téma. Freudovu teorii agrese např. Hollitscher (1975) nazývá biologizací lidského chování takřkajíc v novém vydání, přičemž sousloví nové vydání se vztahuje k návaznosti Lorenze na Freudův model agrese. Opakem by se dala nazvat např. teorie sociálního učení, která opomíjí důležitost vnitřních daností pro vznik agrese a zdůrazňuje především sociální faktory. Kompenzaci se pak snaží nalézt integrativní pohled na agresi, který, jak už jeho název napovídá, zohledňuje důležitost interakce vnitřních i vnějších faktorů při vzniku diskutovaného fenoménu.

1.1.4. Faktory agresivního chování

Jak již může být vyvozeno z předchozích řádků, roli při vzniku agresivního chování hrají jak biologické a osobnostní faktory, tak vnější (sociální i jiné) podněty. Z hlediska biologické podmíněnosti agrese je významný vliv různých částí mozku, hormonů a dědičnosti. Dědičnost agrese byla zkoumána v rámci výzkumů s monozygotními a dizygotními dvojčaty. Její částečná dědičnost byla potvrzena i přes přítomnost mnoha intervenujících faktorů. Mezi částí mozku ovlivňující vznik agrese patří amygdala, která jako součást limbického systému ovlivňuje emoce a pudy, hippocampus se pak podílí na inhibici. Poškození frontálního cerebrálního kortexu pak vede k precitlivělé reakci na různé vnější podněty. Tudíž pro jedince s organickým postižením mozku se zdá být náročnější zvládat agresi. Jak již bylo řečeno výše, hormony také ovlivňují agresivní chování. Testosteron je hormonem, který agresi podporuje. Nicméně se dá předpokládat, že v menším množství by agresivní reakce vznikla i bez podpory testosteronu. Látky obsažené v krvi taktéž ovlivňují výskyt agresivního chování. Příkladem může být např. alkohol a další psychoaktivní látky, které tlumí schopnost sebekontroly (Lovaš, 2008). Při nízkých dávkách pak facilitují agresivní projevy amfetamin a kokain. Při dlouhodobějším užívání patří mezi drogy podporující výskyt

agresivního chování anxiolytika a sedativa (Čermák, 1999). Co se týče osobnostních faktorů, hlavní podíl na vzniku agresivního chování může být přisouzen negativním emocím, jako je zlost či žárlivost, dále zlostným tendencím a zvýšenému arousalu společně s morálními, intelektovými a mnoha dalšími charakteristikami jedince. Lovaš (2008) uvádí, že většina agresivních projevů je vyvolána vnějšími averzivními podněty, přičemž záleží na zpracování situace jedincem a na jeho odpovědi, jež je závislá na velkém souboru faktorů. Nesmí však zůstat opomenuta kulturní podmíněnost významu určitých sociálních situací. Odlišnost významu se vyskytuje jak v rámci kultury, tak v rámci menších sociálních skupin, a i na úrovni jedinců.

1.1.5. Agrese u forenzně-psychiatrických pacientů

Nyní bude uvedeno několik novějších výzkumů zabývajících se právě tématem agrese z různých úhlů pohledu a zkoumajících vztahy agrese s jinými fenomény. Britský vědec Terry Ferns (2007) se ve svém výzkumu zabývá faktory, které ovlivňují vznik agresivního chování u pacientů v rámci zdravotnické péče. Tento výzkum je uveden z důvodu, že praktická část bude realizována na vzorku pacientů psychiatrického zařízení v Praze - Bohnicích na pavilónu ochranné léčby, kde se nacházejí pacienti trpící závažnou psychickou poruchou. Agrese u pacientů může být podmíněna i typem jejich diagnózy. Dle Fernse mohou tito pacienti pociťovat úzkost, strach a bezmocnost, což může vést k agresivnímu chování. Tato úzkost a strach může být vyvolána např. právě sociální a prostorovou izolací. Agresi pacienta dle autora může dále podnítit prezentace jeho diagnózy, jako např. schizofrenik. Zde se jedná o tzv. nálepkování, které spíše diagnózu pacienta předurčuje. Raději by měl být volen termín člověk trpící schizofrenií, čímž je vymezen jedinec s určitou nemocí, s níž není ztotožněn. Miyazaki et al. (2003) dokonce popisují tzv. „Intensive care unit syndrome“, kdy se psychotické syndromy a znaky objevují právě u skupiny pacientů v intenzivní lékařské péči. Vlivem režimu a daného prostředí se právě výše zmiňované syndromy mohou rozvinout. Jako další faktor, který může podnítit agresivní chování pacientů, byla označena špatná či nedostatečná komunikace zdravotnického personálu s pacienty. Poté se autor zmiňuje i o predispozicích, které přispívají k agresi pacientů. Mezi ně můžeme zařadit např. endokrinní poruchy, intoxikaci, předávkování drogami, přítomnost posttraumatického stresového syndromu v minulosti, organickou mozkovou dysfunkci, poruchy metabolismu či vedlejší účinky předepsaných medikamentů. V závěru svého článku Ferns doporučuje minimalizovat potenciální agresi u pacientů pomocí strategie, která by se co nejvíce setkávala s potřebami

pacientů, aby zdravotničtí pracovníci vykazovali dostatečné porozumění své roli a vzhled do zkušenosti pacientů, o které pečují. Dále by měli demonstrovat porozumění, alespoň průměrnou úroveň kognitivních schopností, psychomotorickou a manuální zručnost, komunikativnost a autonomii (Ferns, 2007).

Vzhledem k faktu, že ve zkoumaném vzorku se hojně vyskytuje diagnóza paranoidní schizofrenie, považuji za důležité zde zmínit výsledky nedávno realizovaného výzkumu neuroimaginativních korelátů agrese u jedinců trpících schizofrenií Hoptmana a Antoniusse (2011). Autoři si vybrali tento fenomén z důvodu neuspokojivých výsledků léčby agrese u schizofrenních pacientů. Agrese zde byla zkoumána pomocí zobrazovacích metod MRI a PET. Tyto moderní metody prokázaly sníženou aktivitu ve frontálních a temporálních oblastech mozku. Podstata těchto snížených aktivit se díky heterogenitě takového chování liší. Problémem, jak autoři zdůrazňují, zůstává, že do vzorku byli zahrnuti pacienti s různými typy schizofrenie. Dalším třecím bodem je přítomnost nespočtu podkladů agresivního chování, kterými mohou být psychotické misinterpretace, impulzivita či čistě instrumentální podklad. Tyto báze pak mohou vyústit ve stejné druhy agresivního chování. Studie daného charakteru jsou stále limitované, avšak Hoptman s Antoniussem (2011) předpokládají v blízké budoucnosti větší výskyt multimodálních imaginativních studií, které kombinují strukturální a funkcionální komponenty, které přispějí k efektivnějšímu poznání fenoménu agrese.

Predikce agresivity u forenzně-psychiatrických pacientů

Predikci subtypů krátkodobé institucionální agrese u forenzních pacientů pomocí multifaktoriální metody zkoumal v roce 2009 Vitacco et al. Po dobu půl roku sledoval vzorek, který obsahoval 152 forenzních pacientů. Jako faktory, které by mohly předurčovat instrumentální agresi u hospitalizovaných forenzních pacientů, byly prověřovány vztek, konstrukty psychopatie a aktivní symptomy psychické poruchy. Vztek a aktivní symptomy psychické poruchy byly určeny jako faktory podněcující vznik reaktivní agrese. Rysy psychopatie pak byly určeny jako hlavní prediktor instrumentální agrese, přičemž nebyl prokázán žádný vztah mezi psychopatií a reaktivní agresí. Autoři také zdůrazňují schopnost predikce agrese u forenzních pacientů, na kterou by se měl brát zřetel, a určitě by neměla být opomíjena. I tato totiž může vést k zefektivnění léčby forenzních pacientů a k předcházení potencionálnímu nebezpečí jak pro zdravotnický personál, tak pro pacienty samé. Je tedy důležité znát míru agrese, kterou lze změřit a procentuálně vyjádřit, což je dle Monahana (1981) nejdůležitějším bodem pro predikci následné agresivity. Po míře agrese je nutné určit

proměnné prediktorů agrese, které byly autory zkoumány v této studii. Jako průlomové či alespoň velice důležité by se v této studii mohlo označit rozdělení agrese na instrumentální a reaktivní a zkoumání těchto typů agrese zvlášť. Chování spojené s instrumentální agresí je těžší predikovat a z tohoto důvodu by se zdravotnický personál měl snažit identifikovat pacienty s vysokou pravděpodobností vykazování instrumentální agrese. Zdůrazněno je při predikci agrese užití dynamických proměnných (Vitacco et al., 2009). Dynamické proměnné užívá test posuzování nebezpečnosti HCR-20 (V3), který je využit při zkoumání rizika recidivy pachatelů a při posouzení efektivity terapeuticko-resocializačního programu v empirické části.

1.2. Násilí

Stejně jako existují různé výklady agrese, vyskytují se i různé definice násilí. Ani pro jeden z těchto pojmů však neexistuje jednotná definice. Násilí lze pojímat jako záměrnou snahu o ublížení na zdraví, subkategorii agrese. Násilí může být chápáno jako patologická agrese s účelem zranit či zabít druhou osobu a agrese může být vymezena jako čistě fyziologická reakce za účelem přežít v potravním řetězci. Na druhé straně lze chápat násilí jako odlišný fenomén od agrese. Agrese je pak vysvětlována jako motivační činitel a násilí je pak pouze jedním z projevů v lidském chování. Násilí je pojímáno jako určitý způsob aplikace agrese (Čermák, 1999).

1.2.1. Definice násilí

Jak jsem se již zmínila, definovat násilí je vcelku těžké z důvodu odlišnosti úhlů pohledu na tento fenomén. Definice pojmu násilí tedy není jednotná a vztahuje se ke společnosti, sociálním skupinám, času a kontextu, v rámci něhož je tento fenomén definován (Jones, 2000). Násilí může být označeno jako záměrné užití fyzické síly či moci očekávané či aktuální proti sobě samému, jiné osobě, proti skupině či společenství, které jistě či s velkou pravděpodobností vyústí v mírné či závažné fyzické či psychické zranění, újmu. Násilí může být také popsáno pomocí dimenzí, z kterých sestává - typu a stupně jednání, intencionality, typu a stupně poškození, úrovně reality, humoru a otevřenosti (Morrison & Millwood, 2007). Většina autorů rozděluje tento pojem do různých kategorií. Britský vědec specializující se na oblast kriminologie Stephen Jones (2000) uvažuje dvě kategorie tohoto fenoménu - instrumentální a hostilní. Hlavní rozdíl mezi těmito dvěma kategoriemi je v cíli agresivního chování. Pokud má násilný čin jiný účel než násilí samo o sobě, jako např. loupež, můžeme

ho označit za násilí instrumentální. V opačném případě, kdy násilí je účelem samo o sobě, jej můžeme nazvat hostilním. Násilí může být dále pojímáno jako komunitní interpersonální či zaměřené vůči vlastní osobě. Další kategorizace násilí se může vztahovat k jeho povaze - čistě fyzické násilí, psychické násilí, sexuální násilí, genderově orientované násilí, násilí deprivací, zneužívání či zanedbávání a systémové násilí (Krause, 2009).

1.2.2. Teorie násilí

Pradávná a stále neutuchající debata o sporu vlivu stálých predisponovaných osobnostních faktorů či vlastností a situačních faktorů je zde namístě. Otázka, která může být nastolena, zní, zda jsme jako lidský druh přirozeně násilní. Každá z vybraných níže uvedených teorií se přiklání k různým výkladům podstaty násilí stejně tak, jako tomu bylo u fenoménu agrese.

Biologické a sociobiologické teorie

Zdá se, že někteří jedinci jsou k agresivnímu chování více predisponováni než jiní. Charakteristiky jejich osobnosti, které jsou stabilní v čase, konstituují takovouto agresivní tendenci. Zároveň nemůže být opomenut i vliv situačních faktorů. Jako zastánci směru „nature“ čili predisponovaných osobnostních faktorů, trvalých osobnostních rysů, které jedince předurčují k násilnému chování, mohou být označeny biologické a sociobiologické studie, jež se opírají především o biologické pudy, genetické faktory a stav mysli jako predispozice k násilí (Wilson & Wilson, 2007). Dalšími zastánci tohoto přístupu jsou psychoanalytici jako např. Freud, jehož teorie je uvedena v kapitole o agresivitě. Mezi sociobiologické studie může být zařazen výzkum Jolliffea a Farringtona (2006) o vztahu mezi emocionální a kognitivní empatií a násilným útočením měřeném pomocí „Basic Empathy Scale“ (BES), která sestává ze 40 položek. BES byla administrována 720 adolescentům starším 15 let obou pohlaví. Výsledky prokázaly spojení mezi nízkou emocionální empatií a útočením u obou pohlaví a také byl zjištěn vztah mezi nízkou emocionální a kognitivní empatií a vandalismem, pouze však u mužských adolescentů.

Sociobiologické teorie vysvětlují pouze část aspektů násilného chování. Sociobiologové přirovnávají lidi ke zvířatům, ale zvířata se nechovají násilně z nudy či kvůli odplatě jako lidé. Zvířata uplatňují násilné chování, pouze pokud chtějí získat potravu či pokud musí bránit sebe nebo svou rodinu (Jones, 2000). Sociobiologické teorie dále

nevysvětlují násilné chování u neplodných mužů a nezabývají se ani násilím proti dětem či proti totožnému pohlaví.

Sociálně-psychologické teorie

Mezi teorie, které zdůrazňují sociální vlivy při vzniku násilného chování, patří sociálně-psychologické studie, sociologické, socio-kulturní a feministické a maskulinní teorie. Příkladem může být Bandurova teorie sociálního učení výše uvedená v kapitole o agresii či Marxistická teorie, o které pojednává např. Jones (2000). Maskulinní teorie zdůrazňuje u mužského rodu právě kategorii pohlaví, spojenou se zločinem. Bere v potaz muže jako součást subkultury či jako jedince s genetickými predispozicemi jednat násilně. Maskulinita je v rámci této teorie spojována především s termíny síla, kompetice, heterosexuality. Muži jsou tedy dominantním pohlavím, což předurčuje, jak je u nich předpokládáno jednat v určitých sociálních situacích (Heidensohn & Gelsthorpe, 2007). Maskulinní teorie slouží jako podklad např. pro Bourgoisovu etnografickou studii (1996) o portorikánských imigrantech, kteří se chovají násilně ke svým ženám a dětem. Toto násilí je zapříčiněno krizí patriarchy dělnické třídy a neschopností aplikovat venkovské modely maskulinity a rodinné struktury, které byly typické pro dřívější generace. Teorie maskulinity zcela jistě přinesla nový pohled na vznik násilí. Nevýhodou tohoto konceptu je však fakt, že termín maskulinita se v rámci politického, sociálního, ekonomického a historického kontextu průběžně měnil. Proto důvody spáchání trestného činu pouze z důvodu maskulinity nemohou být ty samé. Tato teorie dále opomíjí vliv dalších faktorů, jakými je sociální prostředí a osobnostní předpoklady, jako další původce vzniku násilí. Heidensohn a Gelsthorpe (2007) dále tvrdí, že maskulinní teorie podceňuje psychoanalytickou dimenzi chování a že muži si volí maskulinní obsah chování pokaždé tak, aby vyhovoval svým psychologickým účelům.

Pravda se jako většinou nachází nejspíše někde uprostřed. Tudiž by měly být brány v úvahu nejen osobnostní charakteristiky, ale i situační vlivy. Možná by mělo být pokročeno ještě o krok dále a měla by být uplatňována Bandurova teorie triadického recipročního mechanismu, který zdůrazňuje nejen dva výše zmíněné faktory ale i jejich interakci jako třetí stránku vlivu na vznik a vývoj agresivního a násilného chování. Pokud by byly zastávány pouze sociobiologické teorie, byla by popřena účinnost resocializace a celý její systém. Resocializace staví na terapii a na přeučení špatných návyků škodících společnosti tak, aby se pachatelé trestných činů mohli do společnosti znovu zařadit. Pokud by bylo násilné jednání

pouze vrozené, nedalo by se odnaučit. Sociálně-kulturní, maskulinní, subkulturní a další teorie, které zdůrazňují vliv sociálních faktorů na násilné a agresivní chování, svým stanoviskem resocializaci podporují. Otázkou však zůstává, proč ten samý resocializační systém u některých jedinců přináší pozitivní výsledky a proč u jiných zůstává bez výsledků. Zde by mohl být spatřen vliv konstitučních faktorů.

2. Nebezpečnost a její predikce

2.1. Definice nebezpečnosti pachatele

Posouzení potencionální nebezpečnosti pachatele je pro společnost velice důležité z důvodu navržení vhodných resocializačních opatření. Nebezpečnost je sociální konstrukt, tudíž význam tohoto termínu se bude měnit, jak se budou měnit potřeby společnosti. Definice tohoto pojmu je mnoho (Bennett, 2008). Tyto definice jsou většinou velice nejasné. Nebezpečným pachatelem je ten, který vykazuje určitá rizika pro sebe a pro společnost, která již nejsou tolerovatelná (Floud, 1982). Tato definice je pak obdobně znovu zmiňována i v novějších studiích. Obergell-Fuchs (2011) definuje nebezpečnost jako právní koncept, přičemž za nebezpečného pachatele považuje toho, který vykazuje vysokou pravděpodobnost recidivy. Problém je však pak definovat, co je to vysoká pravděpodobnost recidivy. Je to i např. 50%?

Na začátku 20. století byl pojem nebezpečnosti spojen spíše s pachateli majetkových zločinů. Postupně se definice rozšiřovala i na skupiny jedinců vyvolávající morální paniku, tedy i na jedince, kteří se nacházeli na tzv. sociálním chvostu společnosti a neakceptovali její normy. Dále byly do pojmu nebezpečnosti zahrnuty i nekriminální aktivity, jako je další antisociální chování či velice nebezpečné jednání jako jsou teroristické útoky. Momentálně je debata o tom, jaké činy přesně můžeme označit za nebezpečné, otevřená. Některé trestné činy do této kategorie spadají zcela určitě, jako je např. vražda, a některé jako třeba pozorování anonymního objektu voyerem jsou sporné, protože zde nemůžeme zaznamenat závažnou fyzickou újmu na zdraví (Bennett, 2008).

V českých podmínkách se konceptu nebezpečnosti pachatele systematicky věnují např. Blatníková a Netík (2008), kteří rozlišují pojem nebezpečnost z hlediska forenzně-psychologického a trestně-právního. V rámci prvního hlediska se nebezpečnost vztahuje k osobnosti pachatele, přičemž kriminalita zde vzniká na základě přílišné volnosti jedinců predisponovaných k páčání trestné činnosti. Z hlediska trestně-právního se pojem nebezpečnost vztahuje k činům, což podtrhuje základní myšlenku, že všichni lidé jsou si rovni a kriminalita je tudíž důsledkem případné sociální nerovnosti. Nebezpečnost může být definována jako *„potenciál způsobit druhým jedincům závažné ublížení na zdraví. Pojem nebezpečnosti se vztahuje k pravděpodobnosti budoucího násilného jednání především v anglosaské literatuře. Ve Velké Británii se používá „kriminologický trestně-právní koncept“ - „dangerous and severe personality disorder - DSPD“, který vychází z přesvědčení, že lidé s*

mentálními problémy, kteří představují akutní nebezpečí pro ostatní (nebo pro sebe), potřebují být kontrolováni, sledováni a řízeni. Záměrem tohoto konceptu je držet nebezpečné pachatele „mimo ulici“ (Blatníková & Netík, 2008, s. 70).

Z praktických důvodů může být nebezpečnost pachatele rozdělena na obecnou a speciální. Obecná nebezpečnost je definována jako pohotovost subjektu k nespecifickému kriminálnímu chování. Speciální nebezpečnost pachatele se vztahuje ke kriminálnímu chování určitého druhu (např. násilný sexuální delikt) (Netík, Netíková & Hájek, 1997).

2.2. Nebezpečnost, násilí a duševní poruchy

Výzkumy byl potvrzen vztah jedinců trpících psychickými poruchami s násilným chováním. I když někteří odborníci tento vztah popírají, považují za důležité se o tomto vztahu zmínit, je totiž hojně diskutovaným tématem. Navíc vzorek jedinců zkoumaných v rámci této práce, kteří spáchali násilný trestný čin, bude složen z pacientů trpících duševními poruchami. Z tohoto důvodu je nutné jak kvalitu, tak kvantitu vztahu duševních poruch a násilí objasnit.

V poslední době můžeme zaznamenat vzestupný trend zájmu specialistů i veřejnosti nejen o predikci nebezpečnosti a rizika recidivy, nýbrž i o předcházení násilí. Například Steinert (2002) uvádí, že podle typu duševního onemocnění se mohou lišit některé prediktory násilného chování. Na úvod kapitoly je nutné zmínit, že ačkoliv se níže popsané výzkumy vyjadřují o kategorii MMI - Major Mental Illness, která byla volně autorkou práce přeložena jako závažná duševní porucha, je v tomto kontextu zkoumána specificky především psychotická porucha.

2.2.1. Definice psychózy

Douglas, Guy a Hart (2009, s. 3) vymezují psychózu jako „*syndrom, který se objevuje v rámci diagnózy duševní poruchy jako je schizofrenie, poruchy s bludy, bipolární poruchy a u některých forem těžké deprese. Tento syndrom zahrnuje příznaky reflektující hluboké poruchy myšlení, vnímání a chování*“. Bludy, čili nepravdivé představy, i bizarního rázu, kterým je i při existenci protichůdných přesvědčivých důkazů bezmezně věřeno, a narušená komunikace (nelogická či nesouvislá řeč) jsou jedním z projevů této duševní poruchy. Halucinace, derealizace a depersonalizace patří mezi u psychóz se vyskytující poruchy vnímání, přičemž zrakové halucinace můžeme vnímat jako vjemy při nepřítomnosti vnějšího podnětu, který má být percipován. Příkladem může být vidění osoby, která není přítomna.

Derealizace je vysvětlována jako pocit, že vnímaný vnější svět není skutečný. „*Depersonalizace se projevuje narušeným vnímáním myšlení, emočního prožívání a těla. Pacientova osoba, tělo či psychické procesy se mu zdají cizí, nereálné, vzdálené či zautomatizované nebo si je nemůže uvědomit. Na rozdíl od depersonalizace, kdy se porucha vnímání týká jedince, derealizace je změna vnímání okolí*“ (Raszka, Chalupníček & Praško, 2010, s. 127). Dále se při psychóze objevují poruchy aktivity a bezúčelné či zmatené chování. Ani poruchy nálady a motivace, jakou je například extrémní apatie, nejsou výjimkou. Některé z těchto syndromů se objevují častěji, než by se dalo očekávat a některé společně ubývají s věkem. Výše uvedené symptomy jsou ovlivňovány vnějšími okolnostmi a zahrnují tři vcelku odlišné oblasti, a to pozitivní, negativní a dezorganizovanou. Spojením tohoto tří-pilířového modelu s násilím se více zabýval Baxter (Appelbaum, Robbins & Monahan, 2000). Symptomy, které jsou patologické svou přítomností, jako bludy a halucinace patří do oblasti pozitivní. Na druhé straně negativní oblast obsahuje symptomy, které jsou patologické svou nepřítomností. Příkladem může být apatie. Poslední oblast dezorganizace obsahuje symptomy vypovídající o poškození základních kognitivních funkcí jako je například bezúčelné chování (Appelbaum et al., 2000).

2.2.2. Teoretická východiska a výzkumy vztahu násilí a duševní poruchy

Spojení mezi psychickou poruchou a nebezpečností jedince trpícího duševním onemocněním není dle Doylea a Dolana (2008) žádným novým jevem. V posledních letech se mluví o nárůstu počtu pachatelů s psychickou poruchou. Tento jev však může být zdánlivý vzhledem k tomu, že pouze pár ojedinělých případů bylo mediálně zveřejněno a velice dlouho diskutováno, a tudíž se dostaly do obecného povědomí společnosti, což zapříčinilo dojem vyššího výskytu. Některé výzkumy se svými statistikami snaží podpořit fakt, že lidé s psychickou poruchou, kteří spáchají násilný trestný čin, v Anglii a ve Walesu, kde byl výzkum prováděn, nejsou tak nebezpeční, jak by se mohlo obecně zdát. Z čehož vyplývá, že fakt psychické poruchy by neměl výrazně zvyšovat pravděpodobnost nebezpečnosti pachatele pro společnost. Doyle a Dolan (2008) uvádí psychickou poruchu jako malý nýbrž signifikantní faktor spojený s násilím. Přímý vztah mezi násilím a psychickou poruchou závisí především na přítomnosti, typu a závažnosti psychotických symptomů jako jsou bludy a auditivní halucinace. Závažnost bludů je posuzována např. pomocí těchto faktorů - zda se pacient cítí být ohrožen, zda je zaměřen na určitou osobu či dle reakce na hypotetický odpor.

Sluchové halucinace jsou pak hodnoceny např. dle těchto kritérií - přítomnost povelů, víra v existenci hlasů nebo míra narušení života pacienta.

Přímý vztah duševní poruchy a násilí je prokázán napříč kulturami a potvrdil se být stabilním nejméně posledních pět milénií, což dokazuje Monahanova studie (1992) zaměřená na vnímání duševní poruchy a násilí. Zmíněný výzkum porovnává výpovědi občanů západních kultur týkající se percepce vztahu duševní poruchy a násilí a antropologické zkoumání vnímání uvedených pojmů v nezápadních kulturách. Monahan (1992) došel k závěru, že spojení duševní poruchy a násilí je historicky neměnné a platné napříč jak západními, tak nezápadními civilizacemi. V americké kultuře začal být vztah těchto dvou fenoménů zkoumán empiricky v šedesátých letech dvacátého století s pokračováním v polovině let osmdesátých. Výzkumy však měly určité nedostatky, mezi které patřilo například malé množství empirických důkazů potvrzujících kauzalitu mezi psychózou a násilím. Navíc výsledky některých studií jako např. Teplinové (1985) svědčily proti spojení dvou výše uvedených jevů. Tento výzkum se snaží poukázat na mýtus spojení psychicky narušených pacientů s násilím. Dle autorky psychotičtí pachatelé nejsou o nic více nebezpeční, než pachatelé bez této psychické poruchy. Teplinová (1985) v této studii prokázala, že pachatelé s duševní poruchou nebyli podezřelí ze spáchání trestného činu neúměrně k jejich výskytu v populaci.

Douglas et al. (2009) považují za velice důležité objasnit skutečnost, zda existuje spojení mezi duševní poruchou a násilím. Navíc chtějí tuto problematiku ještě hlouběji prozkoumat, když si kladou za cíl zjistit, jakého druhu je vztah mezi těmito dvěma fenomény. Jejich cíl byl takto stanoven proto, že lidé trpící duševní poruchou patří k jedné z nejvíce stigmatizovaných skupin ve společnosti. Přičemž u těchto osob hrozí riziko zvnitřnění tohoto stigmatu a následné ohrožení jejich sebehodnoty a důvěry ve vlastní účinnost čili self-efficacy. Objasnění vztahu mezi násilím a duševní poruchou by se poté mohlo vnést i do povědomí společnosti, aby naše úsudky nepodléhaly mýtům, nýbrž byly podloženy empirickými důkazy. Dalším faktem je skutečnost, že některé symptomy duševní poruchy jako halucinace a bludy bývají užívány při posuzování nebezpečnosti pachatele k determinaci rozhodnutí, zda by mělo být porušeno právo jedince na svobodu z důvodu ochrany společnosti. Dále bylo prokázáno, že spáchání násilného trestného činu souvisí s jinými faktory, než je duševní porucha. Pokus o sebevraždu či sebepoškozování a viktimizaci jsou uváděny jako hlavní faktory, které mají spojitost s násilím, ačkoliv kauzalita mezi těmito jevy prokázána nebyla (Liem & Oberwittler, 2011). Neposlední roli hrají náklady vynaložené v

rámci potencionálního spojení mezi duševní poruchou a násilím. Nejedná se pouze o finanční náklady spojené s léčbou duševní poruchy, která u pacienta podpořila projevy násilného chování, ale také o osobní náklady vzhledem ke zvýšené frekvenci násilného chování u pacientů s duševní poruchou (Douglas et al. 2009).

Náhled na vztah násilí a duševní poruchy se vyvíjel postupně v čase s přibývajícými výzkumy týkajícími se tohoto tématu. Před rokem 1990 se vztah mezi násilím a duševní poruchou spíše popíral a mnozí autoři jako již zmíněná Teplinová (1985) zpochybňovali jakékoliv spojení mezi těmito dvěma fenomény. Až postupně po roce 1990 a dále se začal ustanovovat názor, že vztah mezi násilím a duševní poruchou je sice malý, ale statisticky významný. Stále silnější vztah byl prokazován ve studiích dvojčat, epidemiologických studiích i ve studiích týkajících se adopce. Nejjasnější vztah s násilím byl však prokázán ve výzkumech týkajících se duševních poruch jako jednoho z faktorů ovlivňujících násilí. Například Brennan, Mednick a Hodgins (2000) ve svém výzkumu více jak 358 tisíců respondentů prokázali, že pravděpodobnost spáchání násilného trestného činu byla 4,6 krát vyšší u mužů trpících schizofrenií než u zbytku populace. V potaz byly brány i významné intervenující proměnné, a to nízký socioekonomický status, demografické faktory, poruchy osobnosti a zneužívání psychoaktivních látek. Pro ženy byla pravděpodobnost spáchání násilného trestného činu v koincidenci se schizofrenií, oproti zbytku ženské populace netrpící touto duševní poruchou, 23,2 krát vyšší. Tento výzkum si kladl za cíl zjistit nejen, zda existuje signifikantní vztah mezi násilím a hospitalizací pro závažnou duševní poruchu, ale i rozlišení tohoto vztahu v rámci schizofrenie, afektivní psychózy a organického mozkového syndromu. Muži s organickou psychózou a obě pohlaví trpící schizofrenií měli signifikantně větší pravděpodobnost zatčení za násilný trestný čin než nikdy nehospitalizovaná populace. Ne všechny novější studie však vztah závažné duševní poruchy a násilí potvrdily. Appelbaum et al. (2000), kteří ve své studii zkoumali vztah bludů a násilí u pacientů hospitalizovaných pro duševní poruchu, zjistili, že ani bludy persekuční ani bludy obecně nebyly spojeny s potencionálně větší hrozbou rizika násilného trestného činu. Ačkoliv bludy mohou v jedinečných případech násilí podpořit či usplížit, data z této studie naznačují, že nezvyšují riziko spáchání násilného trestného činu u osob s duševní poruchou v rámci období jednoho roku po propuštění z ochranné léčby. Lidé trpící bludy nejsou násilnější než lidé s jinou duševní poruchou či obecná populace. Spáchání násilného trestného činu z jiných důvodů, např. instrumentální násilí, je pro osoby trpící bludy méně pravděpodobné, než pro zbytek populace. Navíc ne všechny typy bludů mají určitý vztah s násilím. Některé dokonce

vystupují jako protektivní faktor. Tudiž role bludů jako prediktorů násilí zůstává stále hodně nejasná (Appelbaum et al., 2000).

Tolik odlišné výsledky v rámci studií zkoumání vztahu násilí a duševní poruchy mohou být vysvětleny odlišnou metodologií výzkumu těchto dvou fenoménů a odlišnými definicemi užívanými v rámci výzkumů. Dalším vysvětlením mohou být četné intervenující proměnné, které ovlivňují vztah násilí a závažné duševní poruchy. Těmito intervenujícími proměnnými může být např. nízký věk, porucha osobnosti či užívání návykových látek. Douglas et al. (2009) dále doporučují zaměření se na symptomy jako jednu z dalších cest zkoumání vztahu násilí a duševní poruchy.

Douglas et al. (2009) také popisují 3 způsoby, jak může být násilí spojeno s psychózou. Prvním vysvětlením je fakt, že psychóza by mohla být příčinou násilí. V tomto případě psychotické symptomy poskytují motivaci založenou na bludném přesvědčení, které vyvolává násilné jednání, přičemž psychotické symptomy se v tomto případě musí vyskytovat přímo před spácháním násilného činu. Pokud by byla psychóza opravdu příčinou násilí, mohla by plnit roli organizátora chování a rozhodování, mohla by být jakousi motivací pro spáchání násilného trestného činu. I když se chování psychotického člověka může zdát pro jeho okolí nepochopitelným, pro něj vykazuje jasné známky organizovanosti a je odůvodnitelné. Například lidé trpící schizofrenií s paranoidními bludy se mohou cítit v nebezpečí a jejich vnitřní mechanismy jim hlásí stav ohrožení, na jehož základě pak reagují násilným chováním (Atakan, 2005). Jiným případem by bylo, kdyby psychóza byla jakýmsi dezorganizátorem rozhodování a chováním s následkem nezvládnutí interpersonálních konfliktů. Například nelogická řeč pak může vést druhého jedince, s kterým psychotik jedná, k agresivnějšímu chování, které vyvolá agresivní odpověď i u jedince trpícího psychózou. Tento případ může způsobovat impulsivní násilné chování. Jako další možnost, jakou roli může hrát psychóza v násilí, se může vyskytnout dezinhibice. „*Zatímco pozitivní symptomy motivují či excitují chování, dezorganizační symptomy chování destabilizují, negativní symptomy zasahují do cílově orientovaného chování*“ (Douglas et al., 2009, s. 682). Negativní symptomy hrají spíše limitující roli v rozhodnutí jednat násilně, ačkoliv za určitých okolností, kterými může být například komorbidita užívání návykových látek či porucha osobnosti s psychózou, mohou zvyšovat riziko spáchání násilného trestného činu. Druhým příkladem je pojetí psychózy nikoliv jako příčiny násilí, nýbrž jako důsledku násilného jednání. Tento případ vysvětluje vznik psychózy tak, že stres jedince před spácháním násilného trestného činu vyvolá psychotické příznaky u lidí, kteří k nim jsou predisponováni. Jako poslední možnost

představili výše zmínění autoři psychózu jako korelát násilí. Spojení mezi těmito dvěma fenomény by v tomto případě bylo spíše statistické než kauzální a bylo by to spojení s určitou třetí proměnnou, která do tohoto vztahu vstupuje. Touto intervenující proměnnou může být například viktimizace či nedostatek sociální opory. V současné době však neexistuje žádný důkaz pro podložení těchto mechanismů (Douglas et al., 2009).

Výše zmínění autoři se dále ve své meta-analytické studii zabývali psychózou jako rizikovým faktorem zvýšené pravděpodobnosti výskytu nebezpečnosti a větší pravděpodobnosti spáchání násilného trestného činu. Douglas et al. (2009) do svého výzkumu zahrnuli 885 pravděpodobnostních koeficientů z 204 různých studií. Pomocí mediánu pak bylo určeno, že psychóza měla signifikantní spojitost s 49% až 68% vzestupem pravděpodobnosti výskytu násilí. Ačkoliv ve studii byl zaznamenán podstatný rozptyl, který může být přisouzen metodologickým faktorům, jako je například design studie, určení definice psychózy a způsobu jejího měření či vlastnostem srovnávaných skupin. Naopak pachatelé s mentální retardací či organickým mozkovým syndromem byli zhodnoceni jako méně nebezpeční pachatelé (Rabinowitz & Mark, 1999). Douglas et al. (2009) na základě výsledků svého výzkumu doporučují zkoumání psychózy při každém posuzování nebezpečnosti pachatele, ve všech metodologických nástrojích. Zároveň je doporučeno brát v úvahu, že samotná přítomnost psychózy není dostačující pro stanovení vysoké pravděpodobnosti rizika spáchání násilného trestného činu. Toto tvrzení je podpořeno faktem, že spojení mezi násilím a psychózou je podle autorů malé - většina násilných jedinců netrpí psychózou a naopak většina psychotických jedinců není násilných. Proto by forenzní odborníci posuzující nebezpečnost pachatele měli zvážit, jakou roli hrála psychóza u posuzovaného probanda v minulosti a jakou roli by tento fenomén mohl pravděpodobně hrát v budoucnosti.

2.3. Nebezpečnost, násilí a psychopatie

Vztah násilí a psychopatie je také hojně diskutovaným tématem. Vzorek pacientů v empirické části této práce zahrnoval jedince, kteří trpěli disociální poruchou osobnosti. Jejich počet byl výrazně menší nežli počet jedinců trpících psychózou či sexuální parafilíí, avšak přesto se takoví jedinci ve zkoumaném vzorku objevili. Z tohoto důvodu považují za důležité, vztah těchto dvou fenoménů níže objasnit a uvést některé výzkumy, které se těmito jevy zabývaly. Vztah termínů psychopatie, disociální poruchy osobnosti a antisociální poruchy osobnosti je v této kapitole také vysvětlen.

2.3.1. Definice a teoretické pozadí vztahu násilí a psychopatie

Než bude objasněn vztah psychopatie a násilí, je nutno uvést rozdílnost pojmů psychopatie, antisociální a disociální poruchy osobnosti, které se významně překrývají. Je důležité vyjasnit rozdíl mezi antisociální poruchou osobnosti a psychopatií, aby bylo poukázáno na to, v jakých bodech se tyto termíny překrývají a jaké znaky vykazují jako společné, protože v České republice je termín psychopatie s antisociální poruchou osobnosti občasně ztotožňován. Určité rozdíly však, jak již bylo zmíněno výše, existují. Dané odlišnosti mohou být dle mého názoru klíčové pro efektivitu resocializačních programů.

Nutno dále upozornit na odlišnou evropskou a americkou terminologii v oblasti duševních poruch a diagnostických materiálů pro tuto kategorii DSM a ICD (MKN). Přičemž DSM je zkratkou pro The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, což je diagnostický a statistický manuál více než 400 různých duševních poruch vypracovaný Americkou psychiatrickou společností. MKN je Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů a je totožná s originálním názvem manuálu ICD. ICD (The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) je podobným manuálem jako DSM, ale s tím rozdílem, že je publikován Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organisation) a obsahuje kategorie psychologických a behaviorálních poruch. V některých definicích a označeních jsou DSM a MKN odlišné (Smolík, 2002). Konkrétně jsou odlišně pojímány tři podobné kategorie - PPD (Psychopathy Personality Disorder), APD (Antisocial Personality Disorder) a DPD (Dissocial Personality Disorder). Psychopatie je termínem, jímž byly dříve v MKN-10 souhrnně nazývány poruchy osobnosti. Psychopatie je konstruktem, který se nevyskytuje ani v MKN-10 ani v DSM IV, nýbrž dle výzkumů je konstruktem nejvíce korelujícím s antisociální poruchou osobnosti a narcistickou poruchou osobnosti (Hare, 1996). Tato kategorie je nejvíce prozkoumána americkým psychiatrem Herveym M. Cleckleym a kanadským výzkumníkem v oblasti kriminální psychologie Robertem D. Harem. Konstrukt Psychopatie je nejlépe měřitelný pomocí diagnostického nástroje PCL-R (Psychopathy Checklist - Revised), jehož autorem je výše zmiňovaný R. D. Hare. Téměř podobně jsou pak popisovány termíny antisociální poruchy osobnosti a disociální poruchy osobnosti s tím rozdílem, že první termín je popsán v DSM IV a druhý termín je formulován v MKN-10 (Smolík, 2002).

Kategorií lidí, kteří jsou predisponováni k násilí, jsou psychopatické osobnosti, tudíž bude níže pojednáno o vztahu psychopatie a násilí. Již francouzský lékař Pinel v roce 1801 kategorizoval impulzivní a sebedestruktivní pacienty bez poškození kognitivních funkcí.

Britský lékař Prichard pak zavedl název kategorie pro tyto pacienty a to morální šílenství. Ke konci devatenáctého století německý lékař Koch hovořil o psychopatické inferioritě. Birnbaum pak mluvil o sociopatii „*a poprvé zdůrazňuje psychogenní podstatu poruchy spočívající v deficitech získaných sociálním učením v raných fázích vývoje*“ (Čermák, 1999, s. 73). Psychopatie byl dříve užíváný termín v psychiatrii pro poruchy osobnosti. Tento termín byl pak na konci 20. století z oficiálního psychiatrického slovníku vykázán. Dnes však „psychopatie“ prožívá renesanci. Postaralo se o něj několik vědců, kteří se tímto konstruktem zabývali (Dutton, 2013). Především to byl Harvey Cleckley, který vymezil psychopatii v knize Maska normality, jež byla vydána v 50. let 20. století. Zde bylo popsáno jejích 16 kritérií jako např. chybění výčitek svědomí, patologická egocentričnost či neschopnost milovat, jež pak empiricky ověřil Hare. V roce 1980 Hare vytvořil Škálu psychopatie, která byla v roce 1991 revidována. Charakteristiky pro psychopatickou osobnost dle něj jsou: „*povrchnost či povrchní kouzlo osobnosti; grandiózní pocit vlastní hodnoty; potřeba stimulace či náchylnost ke stavům nudy; patologické lhaní; tendence komandovat druhé či jimi manipulovat; nedostatek výčitek svědomí nebo pocitů viny; plytké emoce; necitelnost či nedostatek empatie; parazitický životní styl; slabá kontrola chování; promiskuitní sexuální chování; problémy v chování vyskytující se v raných fázích vývoje; nedostatek realistických a dlouhodobých cílů; impulzivita; neodpovědnost; neakceptování odpovědnosti za vlastní činy; navazování mnoha krátkodobých vztahů; juvenilní delikvence; trestná činnost páchaná po podmíněném propuštění z vězení; kriminální všestrannost*“ (Čermák, 1999, s. 74 - 75). Čermák (1999) dále uvádí, že psychopatické osobnosti v porovnání s nepsychopatickými osobnostmi páchají více trestných činů, jsou agresivnější, častěji recidivují a jako oběti si vybírají neznámé muže. Kdežto nepsychopatičtí jedinci volí jako oběti většinou ženy z rodinného okruhu či přátele. Hare a McPherson (1984) uvádějí, že u výskytu diagnózy psychopatie je předpokládána rizikovost nebezpečnosti pacientů vysoká. Dalším vědcem, který se zasadil o rozvinutí pojmu psychopatie a empirické ověření tohoto pojmu je Robert D. Hare, výzkumník v oboru kriminální psychologie. V roce 1980 Hare vytvořil škálu psychopatie (PCL), která byla v roce 1991 revidována (PCL-R) (Čermák, 1999). Psychopatie jako konstrukt vymezený Harem je složena ze dvou faktorů, přičemž první faktor se týká afektivních/interpersonálních složek psychopatie a druhý faktor je pak zaměřen na popis stránky konstrukt psychopatie spojené s impulzivním, antisociálním a nestabilním životním stylem či sociální deviací. Právě druhý faktor se překrývá s kritérii diagnózy antisociální poruchy osobnosti tak, jak je vymezena v DSM IV (Hare, 1996). Někteří autoři však duální

model považují za nedostatečný. Např. Cooke, Michie a Skeem (2007) zmiňují na základě statistických metod třífaktorový model psychopatie Cooka a Michieové. V tomto modelu bylo sedm položek PCL-R, které naplňovaly obsah pojmu „antisociální chování“, vyloučeno. Jedná se o položky PCL-R10: Špatná kontrola chování, PCL-R11: Promiskuitní sexuální chování, PCL-R12: Rané problémové chování, PCL-R17: Mnoho krátkodobých (manželských) vztahů, PCL-R18: Mladistvá delikvence, PCL-R19: Porušení podmíněčného propuštění a PCL-R20: Kriminální všestrannost. Autoři dále mluví o nadřazeném rysu psychopatie, který je sycen symptomy třech faktorů – 1. faktor: Arogantní a podvodný interpersonální styl, 2. faktor: Deficientní citové prožívání a 3. faktor: Impulzivní a nezodpovědný behaviorální styl. První zmíněný faktor je sycen položkami PCL-R1: Povrchní šarm, PCL-R2: Grandiózní pocit vlastní hodnoty, PCL-R4: Patologická lhavost, PCL-R5: Velitelské chování/ Manipulace. Druhý faktor je sycen symptomy PCL-R7: Mělké emoce, PCL-R8: Necitelnost/Nedostatek empatie, PCL-R6: Nedostatek lítosti/viny a PCL-R16: Neschopnost přijmout odpovědnost za své činy. Třetí faktor je sycen položkami PCL-R3: Potřeba stimulace/tendence nudit se, PCL-R14: Impulzivita, PCL-R15: Nezodpovědnost, PCL-R9: Parazitický životní styl a PCL-R13: Neschopnost mít realistické, dlouhodobé cíle. Autoři považují tento model za koherentní a konzistentní s klinickou praxí. Můžeme se setkat však i s hodnocením tohoto modelu jako kontroverzního (Salekin, Brannen, Zalot, Leistico & Neumann, 2006). Lidé s psychopatickou strukturou osobnosti po spáchání násilného trestného činu litují sami sebe, svého zmařeného života, který budou muset prožít ve vězení. Na oběť si mnohdy ani nevzpomenou, nejsou schopni pochopit utrpení zažívané obětí, mají nedostatečnou schopnost empatie. Dále je to povrchnost, neschopnost přijmout zodpovědnost za své činy. Trest tito lidé vidí jako nespravedlivý. Jedinci trpící psychopatií se dále mohou vyznačovat potřebou neustále vyhledávat vzrušení, pokud ho nemají, nudí se. K tomu patří i promiskuitní chování a mnoho krátkodobých (manželských) vztahů. Dále žijí parazitickým životním stylem, využívají pro své potřeby okolí, nechávají se např. finančně podporovat ve velké výši svými rodiči, partnerny nebo státem, aniž by si sami obstarali finanční prostředky pro své potřeby bez využívání druhých. Mají horší schopnost sebekontroly, jsou impulzivní. Již v dětství či v průběhu dospívání u nich můžeme v anamnéze objevit poruchy chování, antisociální chování či protiprávní jednání. Zaznamenat v této oblasti můžeme útoky z domova, zhoršené známky z chování ve škole, agresivní chování vůči svému okolí, týrání zvířat v dětství, různé přestupky od drobných krádeží po vandalismus. Jedinci trpící psychopatií dále bývají nezodpovědní, nejsou schopni si vytvářet realistické a dlouhodobé cíle, nad svou budoucností

nejsou schopni uvažovat v rámci podmínek, které se jim nabízejí. Sní o irealistických přáních týkajících se jejich budoucího života, nemají promyšlené bydlení či finanční zajištění po výkonu trestu. Pokud jsou odsouzeni podmíněčně, není to pro ně výstrahou, tuto podmínku většinou porušují. Dále jsou tito jedinci kriminálně všestranní, tzn., že nepáchají pouze jeden typ trestné činnosti, ale mohou páchat jak např. násilnou trestnou činnost, tak způsobovat finanční újmu, přijímat úplatky, omezovat osobní svobodu či padělat peníze (Dutton, 2013). Lidé trpící psychopatií jsou dle Duttona (2013) specifickou skupinou obyvatel, kteří jsou jiní nežli většinová populace, ale svou odlišnost dokáží dokonale maskovat a ve společenské vrstvě, ve které působí, dokonale fungovat. Nejsou to pouze jedinci, kteří by páchali násilné trestné činy, jak se někdy mylně laická veřejnost domnívá, ale mohou to být např. chirurgové, hasiči, světci či vlivní podnikatelé. Těmto lidem dle výše jmenovaného autora chybí svědomí, jsou však charismatičtí, odvážní a šarmantní. Svým šarmem dokáží oklamat i profesionály k dosažení jimi vytyčených cílů.

Dále psychopaté vykazují určité odlišnosti od běžné populace i v kognitivních procesech. V případě, že se vyskytne signál charakterizující nebezpečí, je tento signál v lidském mozku zpracován thalamem. Poté může tento signál rychlou cestou postupovat do hypothalamu přes amygdalu a další jádra. Hypothalamus je spouštěčem stresové reakce, která mobilizuje organismus a vyvolává reakci „fight or flight“ bez našeho plného uvědomění. Pokud je do tohoto kognitivního procesu zapojena i mozková kůra a hipokampus, dojde k vyhodnocení rizika a k rozváznější reakci, jež dle vyhodnocení odpovídá dané situaci. Lidem, kteří trpí psychopatií, tento mechanismus funguje odlišně. Podnět, který by ve většině jedinců vyvolal strach, v psychopatech strach nevyvolá. Lidé trpící psychopatií se poté nacházejí v optimálním pracovním tempu, jsou klidní či příjemně vzrušení, tudíž mohou v daných situacích vyvolávajících strach fungovat efektivněji a být výkonnější nežli většinová populace (Dutton, 2013).

Co se týče odlišnosti a překrývání psychopatie a antisociální poruchy osobnosti, Patrick, Venables a Drislane (2013) zmiňují hierarchický (dvoufaktorový) model PCL-R navržený Patrickem, Hickems, Nicholem a Kruegerem, kde jsou všechny položky PCL-R zahrnuté pod jedním širokým faktorem a reziduální odchylky v jednotlivých položkách, neobsažené v daném širokém faktoru, byly zahrnuty pod separátní Interpersonální, Afektivní a Impulzivní subfaktory. Výše zmíněný jeden široký faktor koreloval se symptomy antisociální poruchy osobnosti na hladině 0,92, přičemž položky, které skórovaly nejvýše, byly ty, jež reflektují kriminální/delikventní a bezohledné/agresivní chování. Mezi tyto

položky patří např. nezodpovědnost, nedostatečná kontrola vlastního chování či kriminální všestrannost. Nejméně korelovaly s daným širokým faktorem dvě položky – Povrchní šarm a Pocit grandiozity, přičemž přispívaly vysoce k Interpersonálnímu subfaktoru. Bylo tedy prokázáno, že právě Interpersonální položky, jsou právě tím, čímž se liší termín Psychopatie, definovaný dle PCL-R Hare, od antisociální poruchy osobnosti tak, jak je definovaná v DSM V. Zatímco 85% lidí, kteří byli diagnostikováni jako psychopaté na základě posouzení pomocí PCL-R forenzně-klinickým odborníkem, by mohlo být dle kritérií DSM IV označeno za jedince s antisociální poruchou osobnosti, pouze 2% jedinců diagnostikovaných jako trpící antisociální poruchou osobnosti dle kritérií DSM IV by naplnilo kritéria psychopatie dle PCL-R. Důvodem je fakt, že kritéria pro antisociální poruchu osobnosti dle výše zmíněného manuálu jsou založena především na behaviorálních charakteristikách a ukazatelích, kdežto konstrukt psychopatie v sobě navíc pojímá i osobnostní charakteristiky (The Higher Education Academy, 2014). Antisociální porucha osobnosti je tedy definována spíše pomocí behaviorálních komponent, sociálně deviantních kritérií. Je to psychopatie s přidanými emocemi (Dutton, 2013).

Proč termín psychopatie nebyl integrován do DSM, vysvětluje přístup American Psychiatric Association (APA), který prosazuje obsahovou shodnost konstrukt psychopatie s antisociální poruchou osobnosti. Dutton (2013) však shledává důvodem tohoto dle něj nevhodného přístupu fakt, že empatie, lítost a pocit viny nejsou dobře kvantifikovatelné koncepty, tudíž je jednodušší tento termín do diagnostického manuálu nezahrnout.

Antisociální porucha osobnosti

Antisociální neboli disociální porucha osobnosti je dle MKN 10 definována jako „porucha osobnosti charakterizovaná bezohledností v sociálních závazcích, nedostatkem citění pro druhé. Je velká nerovnováha mezi chováním a současnými sociálními normami. Chování nelze snadno změnit zkušeností, dokonce ani trestem. Je nízká tolerance k frustraci, nízký práh pro spouštění agrese včetně násilných činů; subjekt má tendenci klamat druhé nebo nabízet přijatelné vysvětlení pro chování, které ho přivádí do konfliktu se společností.“ Jedinec trpící disociální poruchou osobnosti je člověkem, který je psychopatický, sociopatický, amorální a antisociální (www.uzis.cz). Antisociální porucha osobnosti, jak je definována v DSM V (2013) je pervazivní vzorec lhostejnosti vůči právům ostatních jedinců a jejich porušování objevující se od věku 15 let daného jedince, přičemž musí být přítomny nejméně tři z následujících kritérií: selhávání v přizpůsobení se společenským normám

vedoucí k uvěznění, podvádění, impulzivita či selhávání tvorby budoucích plánů, podrážděnost a agresivita, lehkovážná nevšímavost nejen k vlastnímu bezpečí, ale i k bezpečí ostatních, konzistentní nezodpovědnost vedoucí k neschopnosti vykazovat uspokojivé a efektivní pracovní chování a k plnění finančních povinností a nedostatek pocitu viny, který se projevuje okrádáním či ubližováním druhým či racionalizací. Jedinci, kterému je antisociální porucha osobnosti diagnostikována, musí být minimálně 18 let, v anamnéze tohoto subjektu se vyskytuje porucha chování před 15. rokem věku a dané antisociální chování není přítomno pouze v rámci ataky schizofrenie či bipolární poruchy.

2.3.2. Výzkumy vztahu násilí a psychopatie

Vztah násilí a psychopatie byl zkoumán nejen teoreticky, ale i empiricky. Z tohoto důvodu níže uvedu několik výzkumů, které se těmito fenomény zabývaly.

Tengstroem, Grann, Langstroem a Kullgren (2000) ověřovali pomocí testu pro posouzení psychopatie PCL-R hypotézu, že jedinec, který má psychopatickou strukturu osobnosti je předurčen k násilné recidivě právě proto, že trpí psychopatií. Tengstroem et al. hodnotili 202 forenzně-psychiatrických probandů. 22% probandů mělo skóre v PCL-R vyšší než 26, což je tzv. cut point pro psychopatii. Autoři došli vyhodnocením získaných informací pomocí statistických metod k faktu, že psychopatie je silně spjata s násilnou recidivou. Pomocí Coxovy regresní analýzy pak bylo určeno, že ostatní potencionální rizikové faktory, které by mohly být významně spjaty s násilnou recidivou, nemohly stejně tak dobře či lépe vysvětlit násilnou recidivu právě jako psychopatie naměřená pomocí PCL-R.

Odlišně zkoumali vztah psychopatie a násilného trestného činu Walsh a Kosson (2007). Tito autoři se zaměřili v prospektivní studii na vliv socioekonomického statusu a etnicity. Zjišťována byla síla predikce psychopatie ve vztahu k násilné trestné činnosti v rámci určité etnicity a socioekonomického statusu na 199 euro-amerických a afro-amerických jedincích, kteří spáchali násilný trestný čin. Výsledkem této studie byl fakt, že u euro-amerických probandů psychopatie určovala recidivu u lidí, kteří měli nižší socioekonomický status, ale nepredikovala recidivu u jedinců s vyšším socioekonomickým statusem. U afro-amerického obyvatelstva předpovídala psychopatie recidivu stabilně napříč socioekonomickým statusem. Psychopatie naměřená pomocí PCL-R tedy byla potvrzena jako prediktor násilné recidivy. Počet psychopatů, kteří spáchali násilný trestný čin, byl na konci studie dvakrát vyšší nežli nepsychopatů. Dále bylo PCL-R označeno jako validní prediktor násilné recidivy především u afro-amerických jedinců.

Recidivou a psychopatií v ženské forenzní populaci se zabývali Salekin, Rogers, Ustad a Sewell (1998). Autoři považují za důležité bádát v této oblasti z důvodu malého počtu realizovaných výzkumů na toto téma. Dalším důvodem, proč se tímto tématem zabývat, je fakt, že již bylo zjištěno, že určitá data a tvrzení, jako je procento prevalence, přítomnost některých symptomů a diagnostická komorbidita, týkající se psychopatie, jsou pro ženskou populaci odlišná, přičemž tato studie rozdíl mezi mužskou a ženskou populací ve vztahu k psychopatii potvrdila. Po dobu jednoho roku autoři zkoumali 78 probandek z forenzních zařízení pomocí PCL-R. Autoři této studie zmapovali kritéria pro antisociální poruchu osobnosti pomocí PDE (Personality Disorder Examination) a s využitím dalších vybraných škál - PAI (Personality Assessment Inventory), Antisociální škály a Škály agresivity. Nejlepšími prediktory násilné recidivy u ženské populace se nakonec ukázaly být škála egocentričnosti z metody PAI, faktor 1 z PCL-R a subškála verbální agrese dotazníku PAI.

2.4. Nebezpečnost, násilí a recidiva sexuálního násilí

Výzkumný vzorek obsahoval i 11 sexuálních deviantů, tedy považují za nutné zde uvést vztah pojmů nebezpečnosti, násilí a recidivy sexuálního násilí. Základním problémem zkoumání recidivy sexuálního násilí je fakt, že zatímco v České republice, rozlišujeme pojmy sexuální delikvent a sexuální deviant, v zahraničí se s touto efektivní terminologií nesetkáváme. Pouze určité procento sexuálních deviantů spáchá trestný čin a stane se tedy delikventy a jen určitá část sexuálních delikventů trpí parafilii. Některé výzkumy se vůbec nezabývají souvislostí s parafilii a vycházejí tedy pouze ze souboru sexuálních delikventů. Jiné práce alespoň srovnávají osoby deviantní s osobami nedevariantními. U nás jsou to většinou výzkumy, které se soustřeďují pouze na soubor parafiliků. Toto je jednak dáno tím, že u nás existuje legislativní rámec pro ochrannou léčbu sexuologickou, která je téměř vždy nařizovaná soudem a pouze osobám, které mají diagnostikovanou parafilii, a také dlouholetou praxí v léčbě těchto jedinců (Weiss, 2002).

2.4.1. Definice parafilie

Aby mohl být objasněn vztah nebezpečnosti a recidivy sexuálního násilí deviantních osob, které byly i součástí této výzkumné práce, musí být nejdříve definován konstrukt parafilie. Parafilie je dle Zvěřiny (1995) kvalitativní odchylka struktury sexuálního motivačního systému. Lidé trpící parafilii mají neobvyklé, deviantní či bizarní fantazie, praktiky či sexuální impulzy. Poruchy sexuální preference se vyskytují častěji u mužů než u

žen, přičemž jejich etiologie není známa. Jiný pohled na vznik parafilie objasňuje psychoanalýza, jiný teorie učení. Jedním ze znaků parafilií je jejich kompulzivní charakter. Pacienti mají problémy s kontrolou impulzivního chování, přičemž kontrola je slabší v době stresu, deprese či úzkosti. Při léčbě této poruchy je třeba delšího terapeutického působení mezi šesti měsíci až jedním rokem s následným pokračováním v kontrolách stavu. Aplikovány jsou také hormony snižující hladinu testosteronu a vzácně je užito neurochirurgických zákroků jako například kastrace. Dle MKN-10 může být diagnostikována porucha sexuální preference, pokud *„jedinec opakovaně prožívá intenzivní sexuální touhy a fantazie týkající se neobvyklých objektů nebo aktivit. Pokud těmito touhám jedinec vyhoví, nebo je jimi citelně obtěžován a pokud je tato preference přítomna nejméně 6 měsíců“* (Smolík, 2002, s. 408).

2.4.2. Sexuální agrese

Sexuální agrese má individuální příčiny. Je známo, že ženy a muži mají odlišné pářící strategie. Muži více než ženy preferují novost partnera a nezávazné vztahy. Vztah muže a ženy je pak jakýmsi kompromisem těchto strategií. Motivace mužských strategií k tomuto kompromisu může být ovlivněna mnoha faktory. Mužská agrese situačního i individuálního rázu je pak někdy chápána jako klesající zájem mužů k tomuto kompromisu sexuálních preferencí. Mužské sexuální taktiky a úspěšnost se však velice liší dokonce i v rámci stejných věkových kategorií - někteří investují do menšího počtu trvalejších vztahů, ale někteří zaměřují své investice spíše do mnoha krátkodobých nezávazných vztahů. Tento druhý typ mužů, kteří jsou vysoce úspěšní v krátkodobých vztazích, by měl být více sexuálně násilný. Za účelem reprodukce při pohlavním styku je jejich sexuální arousal méně inhibován při újmě partnerky. Tito jedinci, pokud navíc trpí psychopatií, jsou diagnostikováni jako mnohem více sexuálně násilní než zbytek populace (Quinsey, Harris, Rice & Cormier, 1998).

U některých jedinců se vyskytují anomální sexuální strategie, které jsou nazývány deviací. Některé strategie mohou být méně nebezpečné pro společnost jako například preference homosexuálního objektu, ale některé mohou být pro společnost velice nebezpečné, např. preference dětských objektů či uspokojení z utrpení druhých. Výklady vzniku sexuálních deviací jsou různé. Může k nim být přistupováno esencialisticky, přičemž tento přístup je podpořen např. nalezením genetických anomálií na chromozomu X u homosexuální populace, které se u heterosexuálních jedinců neobjevují, nebo mohou být zdůrazňovány např.

faktory sociálního prostředí. Dle výzkumů se nejnebezpečnější pro společnost jeví kombinace sexuální deviace a psychopatie, jak již bylo popsáno výše (Quinsey et al., 1998).

2.4.3. Faktory nebezpečnosti u recidivy sexuálního násilí

Při výzkumu recidivy sexuálního násilí vzniká mnoho metodologických a pojmotvorných problémů. Potíží je např. fakt, že mnoho trestných činů, které byly označeny jako násilné trestné činy, byly činy sexuálními. Příkladem může být situace, kdy se ze sexuálního napadení stává pouze napadení. Dalším problémem je definice recidivy sexuálního násilí. Autoři navrhuji zahrnout do definice recidivy sexuálního násilí především všechny násilné trestné činy, predikce se pak ukazuje být přesnější. Studie recidivy mezi sexuálními pachateli byly do roku 1990, co se týče pokroku v této oblasti, pesimistické. V následných studiích byly rozdíly v množství sexuálních recidivistů přímo dramatické. Frisbie a Dondis (1965, dle Quinsey et al., 1998) zkoumali 70 pachatelů usvědčených ze sexuálních násilných trestných činů doprovázených donucováním či hrozbami ženám starším 18 let a zjistili, že 36% probandů do pěti let od svého propuštění z forenzního zařízení, kde byli označeni jako sexuálně nebezpeční, recidivovalo. Což je dle autorů vcelku vysoké číslo, jež bylo vysvětlováno tím, že predikce násilí byla složitá z důvodu nízké základní hodnoty násilí. Quinsey pak označil tři proměnné jako prediktory recidivy sexuálního násilí, a to počet předchozích sexuálních trestných činů, výběr obětí mužského pohlaví a výběr obětí v nepříbuzenském vztahu. Výše zmínění Frisbie a Dondis (1965, dle Quinsey et al., 1998) uvádějí další charakteristiky sexuálních recidivistů, a to mladý věk a diagnóza sociopatie. Dále bylo zjištěno, že recidiva se zvyšuje s časem od propuštění, nenašly se důkazy, které by potvrdily, že klinická léčba snižuje riziko recidivy u jakéhokoliv typu sexuálních delikventů a nebylo potvrzeno, že by se lišila pravděpodobnost recidivy u různých typů sexuálních delikventů. Jednou z novějších studií 20. století je pak výzkum Rice, Harrise a Quinseyho (1990), kteří vyšetřovali 54 sexuálních pachatelů, kteří spáchali trestný čin znásilnění, a byla jim nařízena ochranná léčba. Doba, po kterou byli pachatelé zkoumáni, byla 46 měsíců. Za krátkou dobu po propuštění recidivovalo 43%. Během této studie bylo zjištěno, že mezi nejlepší prediktory recidivy sexuálního násilí patří předchozí obvinění z násilného trestného činu, předchozí sexuální trestné činy a zjištění deviace pomocí falometrie. Autoři dále tvrdí, že predikce budoucí násilné recidivy či recidivy sexuálního násilí je možná pouze ze dvou prediktorů, stejně jako z většího množství prediktorů. Těmito dvěma faktory jsou zjištění deviace falometrickým vyšetřením a psychopatie. Poté autoři přidávají další rizikové faktory,

a to manželský status, dřívější pobyt v nápravných zařízeních, majetkové trestné činy, obvinění ze sexuálně motivovaného trestného činu, diagnostikovaná porucha osobnosti a deviace zjištěná falometrickým vyšetřením, která reflektovala preferenci dětí. Právě u probandů, u nichž byla zjištěna preference dětských objektů, byla recidiva sexuálního násilí predikována lépe, nežli u pachatelů obviněných ze znásilnění.

2.5. Nebezpečnost, násilí a syndrom závislosti

Vzhledem k faktu, že vzorek probandů studie realizované v rámci této práce obsahoval i jedince, kteří byli závislí na psychoaktivních látkách, považuji za nutné zde alespoň krátce osvětlit, jaké chování se při syndromu závislosti vyskytuje. Aby byla kvalita vztahu nebezpečnosti, násilí a syndromu závislosti správně pochopena, je nutné nejprve objasnit podstatu chování závislého jedince na psychoaktivních látkách.

Do diagnostické kategorie Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek jsou dle diagnostických manuálů zařazeny poruchy vyvolané užíváním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, jiných stimulancií včetně kofeinu, halucinogenů, tabáku, organických rozpouštědel, několika látek a jiných psychoaktivních látek. Porucha způsobená užíváním psychoaktivních látek je tedy „*každá duševní nebo behaviorální porucha, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek nezávisle na tom, zda jsou, nebo nejsou předepsány lékařem... Klinické stavy, které se mohou vyskytnout, zahrnují akutní intoxikaci, nebezpečné užívání, syndrom závislosti, odvykací stav, odvykací stav s deliriem, psychotickou poruchu, psychotickou poruchu s pozdním začátkem a amnestický syndrom*“ (Smolík, 2002, s. 114).

Ze zmíněných druhů duševních poruch a poruch chování vyvolaných užíváním psychoaktivních látek uvedu podrobněji ty, jež se vyskytly jako diagnózy u pacientů, kteří se zúčastnili výzkumu pro tuto práci. První z uvedených problematik je závislost na alkoholu. Člověk trpící závislostí na alkoholu není většinou schopen běžného plnohodnotného života, čili není schopen kvalitně sociálně žít a fungovat. Postižen bývá buď v oblasti práce či školy, v oblasti zdraví či rodinných vztahů. U daného jedince může být pozorována zvyšující se tolerance vůči alkoholu. Závislost na alkoholu se vyvíjí zcela individuálně. Osoby závislé na alkoholu většinou popírají svou závislost, tudíž při posuzování jejich stavu je nutná jistá rezervovanost. Při léčbě pak usilujeme o dosažení náhledu a vedení pacienta k úplné abstinenci. Podpůrný význam mohou mít i různé formy anonymní pomoci a svépomoci, psychosociální intervence a v neposlední řadě psychofarmakoterapie. Závislost na alkoholu

podmiňuje určité somatické komplikace, mezi něž patří např. cirhóza jater či alkoholová hepatitida (Smolík, 2002).

Z toho důvodu, že někteří probandi tvořící výzkumný vzorek v rámci empirické části této práce naplnili kritéria závislosti právě na pervitinu, zmíním se zde také právě o poruchách vyvolaných užíváním jiných stimulancií (včetně kofeinu), kam může být zařazen právě pervitin. Stimulancia obecně, jež mohou být aplikována perorálně, injekčně či šňupáním, jsou vysoce návykovou a nebezpečnou skupinou především z důvodu anorektických účinků. Při užívání stimulancií nastává euforizující účinek, přičemž nejrychlejší nástup tohoto efektu se objevuje u kokainu, kde je zaznamenána i vyšší návykovost. Stimulancia zvyšují pozornost a bdělost, jsou komponentou některých léků určených k léčbě ADHD syndromu, či k léčbě narkolepsie. Děje se tak na základě uvolňování dopaminu, přičemž můžou vzniknout halucinace či bludy, které jsou symptomaticky jednotné s akutními a přechodnými psychotickými poruchami. Život závislého na stimulanciích je taktéž narušen, a to zejména v rámci sociálních interakcí, kdy se střídá sociální odtazitost s nadměrně velkou sociální angažovaností (Smolík, 2002).

Při posouzení nebezpečnosti pachatele by měl být brán v úvahu fakt, že nebezpečnost pachatele se odvíjí od jeho trestní minulosti a skutečností, které byly pro spáchání daného trestného činu významné. Mezi tyto faktory je řazena právě přítomnost toxikomanie, která podněcuje nevyzpytatelné chování u pachatele, jež u něj není za normálních okolností obvyklé. Dalšími faktory jsou přítomnost násilného chování a sexuální motivace při spáchání trestného činu. Označení syndromu závislosti, jako jediné příčiny spáchání trestného činu, není adekvátní. Syndrom závislosti je jedním z mnoha faktorů, který může ke spáchání trestného činu přispět např. tím, že, jak již bylo zmíněno výše, podněcuje nevyzpytatelné chování, které by se u daného jedince, za pro něj normálních či obvyklých okolností, neobjevilo (McMurrán, 2008).

Syndrom závislosti je tedy také spojen s nebezpečností a násilím. Např. pro uživatele drog, u kterých je diagnostikován syndrom závislosti, jsou typické určité trestné činy jako majetková trestná činnost, která přímo souvisí s obstaráním drog. Trestná činnost v souvislosti s užíváním drog však může být nalezena ve všech trestně-právních oblastech - v oblasti násilných trestných činů či sexuálních násilných trestných činů nebo právě v oblasti majetkové trestné činnosti, tedy loupeží a krádeží. McMurrán (2008) referuje o situaci, kdy v rámci spáchání trestných činů byly nejčastěji užívanými ilegálními drogami heroin a kokain. Tudíž u lidí závislých na těchto dvou drogách může být teoreticky predikována vyšší

pravděpodobnost spáchání trestného činu nežli u uživatelů závislých na jiných ilegálních drogách. Pravděpodobnost spáchání trestného činu se zvyšuje i s požitím alkoholu. Jeho psychofarmakologické efekty totiž inhibují strach, impulzivní kontrolu či pozornost. Alkohol byl prokázán jako faktor, který se silně vztahuje k domácímu násilí.

2.6. Predikce a posuzování nebezpečnosti pachatele

2.6.1. Typy prognostiky kriminality

Kriminologické prognózování slouží k odhadu vývoje chování pachatele v budoucnu. Tato prognostika se může odehrávat na úrovni sociální či individuální, což je dle Blatníkové a Netíka (2008) základní dělení této oblasti.

„Sociální prognóza předpovídá (na základě analýzy struktury a dynamiky významných sociálně-ekonomických faktorů) další vývoj kriminality a delikvence ve společnosti. Cílem je příprava preventivních opatření a snaha po oslabení objektivních (sociálně-ekonomických či tzv. vnějších) příčin delikvence“ (Blatníková & Netík, 2008, s. 68). Může být dělena z hlediska cíle na explorativní a normativní prognózy a z hlediska času na dlouhodobou, střednědobou a krátkodobou. Tento typ prognózy se zabývá např. změnami v mezinárodní a vnitřní politice, v životním stylu či v ekonomice.

Individuální prognostika, která předpovídá kriminogenezi buď doposud netrestaného či již trestaného jedince, může být rozdělena na predelikventní predikci, posouzení nebezpečnosti pachatele, predikci recidivy a resocializace. Přístupy, které se v rámci této prognostiky vyskytují, jsou intuitivní metoda, kterou praktikují nevyškolení posuzovatelé na základě zkušenosti či intuice. Dále je to klinická metoda, jež je užívána hlavně znalci při prognóze resocializace kombinací klinických a testových metod. Také statistická metoda se v tomto případě může uplatnit při sestavování tzv. prognostických tabulek na základě frekvence znaků určujících kriminogenezi. Posledním přístupem je metoda strukturální, jejímž *„principem je druhotné členění znaků, které mají aktuálně nejtěsnější vztah ke kritériu sestavení prognózy (metoda sukcesivní hierarchické klasifikace rizikových skupin)“* (Heretik, 2004, s. 344).

Pro predelikventní prognostiku, neboli podle Dobrotky (1995) pro **prvopachatelství** či prvočin, je nutné sledovat tzv. prodromální projevy změny chování jedince, které mají trestně-právní dosah. Zahrnuje mezi ně jak genetické, tak vývojové činitele včetně výchovy a společenských vlivů. Může se vyskytnout především psychomotorický neklid, dysforická a

výbušná afektivita, latentní agresivní potenciál, abnormální vývin osobnosti, závislosti, abnormality v sexuálním vývoji v období dospívání, absence citové vazby na domácí prostředí, vyhýbání se povinnostem a ztráta zájmu o osobní perspektivu (Blatníková & Netík, 2008). V roce 1925 Sheldon a Eleanor Glueckovi uskutečnili historicky nejstarší výzkum, který se vztahoval k predelikventní prognostice a vyznačoval se kombinací klinického a statistického přístupu. Posuzována byla sociokulturní, somatická, intelektuální a osobnostní hlediska a pro každou z těchto skupin Glueckovi vypracovali samostatné prognostické tabulky s váženým skóre mezi jednotlivými faktory. Dalším významným krokem bylo navržení indexu RIOČ (relative improvement overchance) k hodnocení predikčních studií delikvence mladých lidí Loeberem a Stouthamer-Loeberovou (Blatníková & Netík, 2008). Predelikventní prognóza se používá především k predikci u dětí s manifestními potížemi jako např. různé poruchy chování, protože nelze vyšetřit všechny děti či mladistvé celých populačních ročníků (Heretik, 2004).

2.6.2. Posuzování nebezpečnosti - historie a přístupy

Otázka posouzení nebezpečnosti pachatele a rizika násilné recidivy je otázkou mnoha vědních disciplín. Za prvé sem spadá trestní právo, které konstruuje nebezpečnost pachatele pro společnost jako podmínku uložení trestně-právní sankce, např. ochranného léčení a zabezpečovací detence. Dále spadá otázka posouzení nebezpečnosti pachatele do oblasti forenzní psychiatrie a psychologie. Tyto vědy nahlíží na nebezpečnost pachatele jako na soubor statických okolností (např. minulých dějů), vlastností a osobnostních dispozic pachatele, které představují riziko, že se v budoucnosti dopustí určitého násilného jednání (Matiaško, 2010). Jaká je pravděpodobnost opětovného spáchání trestného činu u daného pachatele? Jak ji posoudit? Jakou spolehlivost má názor znalce v konkrétním případě? Všechny uvedené otázky je možné zahrnout pod konstrukt prognózování nebezpečnosti pachatele a jeho rizika recidivy (Čírtková, 2004). Pravděpodobnost opakování kriminálního chování či spáchání deliktu vůbec označujeme jako nebezpečnost (Netík et al., 1997). Funkcí individuální prognostiky je pak posouzení potencionální společenské nebezpečnosti pachatele (Heretik, 2004). Pokud je pachatel označen soudním znalcem za nebezpečného, může to pro něj mít následky v podobě uložení delšího trestu odnětí svobody za jím spáchaný delikt, než kdyby byl zhodnocen jako jedinec s vysokou schopností resocializace.

Prognózování nebezpečnosti pachatele zahrnuje posouzení rizikových faktorů, které mohou být rozděleny na statické (např. věk, pohlaví atd.) a dynamické (např. kriminální

postoje či náhled). Mezi hlavní rizikové faktory se řadí historie násilného jednání, zneužívání látek, duševní poruchy, negativní sociální historie, antisociální hodnotový systém, porucha osobnosti, věk, socioekonomický status, pohlaví a povaha momentálně spáchaného trestného činu a okolnosti jeho spáchání. Mezi další faktory důležité při posuzování nebezpečnosti pachatele je počítána např. motivace k léčbě, aktuální duševní stav a sociálně akceptovatelné cíle a hodnoty (Matiaško, 2010).

Posuzování nebezpečnosti pachatele forenzními specialisty je základem pro uložení odpovídajícího trestu či následné léčby pachatele trestného činu. Posuzování nebezpečnosti klinickými pracovníky ve všech fázích procesu klinické péče je však vědou neexaktní, do níž je třeba prvky exaktnosti vnášet např. zaváděním jednotných standardizovaných metod posouzení nebezpečnosti. Různí experti z oborů psychiatrie a psychologie používají jiné posuzovací nástroje. Obecně je však důležité mít na vědomí, že jde nejen o posuzování chování pachatele při spáchání trestného činu, ale i zhodnocení škod a újmy na zdraví, které dané chování mohlo způsobit. Posuzování nebezpečnosti se vztahuje především k násilí, přičemž můžeme rozeznávat mnoho definic tohoto fenoménu, jak již bylo popsáno v první kapitole této práce (Doyle & Dolan, 2008). Např. dle Webstera, Eavese, Douglase a Harta (1997) je násilí aktuální, možné či hrozící fyzické ublížení na zdraví, které je úmyslné a nezahrnuje souhlas oběti. Autoři zahrnují do své definice i sexuální násilí. Násilí však nemusí být pouze fyzické, nýbrž může být i psychické jako např. výhrůžky či zastrašování, což tato definice postrádá. Psychické násilí začalo být začleňováno nejen do obecných definic násilí, nýbrž i do definic, z kterých vychází vláda při posuzování trestných činů. Příkladem může být nedávná odborná debata britské vlády, zda do definice domácího násilí nezahrnout i termín „coercion“ čili donucování, který se týká užití psychické kontroly a síly (Ministerstvo vnitra UK, 2011). Násilí tedy zahrnuje nejen fyzickou formu jako je např. sexuální násilí, nýbrž i formu psychickou, kam může být zařazena forma emoční či psychický nátlak (Hagemann-White & Bohn, 2002).

Historie posuzování nebezpečnosti pachatele

V minulosti se začala rozvíjet debata týkající se spolehlivosti predikce nebezpečnosti pachatele a trvá dodnes. V letech 1970 až 1990 bylo až 95% prognóz nebezpečnosti zločinců mylných (Doyle a Dolan, 2008).

Již v 17. století může být zaznamenáno první posuzování rizika recidivy, které se však týkalo gamblingu, nikoliv rizika násilné recidivy. Užitý termín tedy sloužil k popisu

pravděpodobnosti výhry či prohry při hodu kostkou. Po tomto období následoval v 18. století hojný vývoj modelů posuzujících riziko recidivy, nicméně tentokrát se tyto modely týkaly pojišťovacího průmyslu. První významné kroky v oblasti forenzního posuzování rizika recidivy byly uskutečněny v roce 1928, kdy sociolog Univerzity Chicago Ernest Burgess a jeho studenti vytvořili první predikční schéma pro forenzní posouzení rizika u podmíněčně propuštěných pachatelů trestného činu (Singh, 2012). Do 50. let 20. století obecně převládal názor, že všichni kliničtí pracovníci jsou způsobilí k správnému odhadu nebezpečnosti pachatele. V 60. letech se pak na základě výzkumných prací začalo pochybovat o správnosti všech posudků klinických odborníků a zároveň se začaly prodiskutovávat možnosti určení rizikových faktorů. V 70. a 80. letech se začalo uvažovat o zlepšení a sjednocení postupu hodnocení rizika násilí. Na začátku 90. let pak může být pozorován vznik statistických nástrojů, jako je například V-RAG a v polovině 90. let 20. století se již začínají prosazovat nástroje založené na strukturovaném profesionálním posouzení, jako je právě HCR-20.¹ Beech a Ward (2004) ukazují ve svém etiologickém modelu nebezpečnosti nutnost zhodnocení vývojových faktorů, jako je např. zneužívání jedince v dětství, faktorů vulnerability, které mohou být rozděleny na historické, jako například kriminální jednání v anamnéze jedince, a na dispoziční, tedy psychologické faktory, jako je styl myšlení podporující spáchání trestného činu. Jako třetí činitel, který musí být zmapován, jsou doporučeny spouštěče, které jsou kontextuální, jako např. přístup k oběti či problémy ve vztahu. Poslední složkou jsou pak kritické dynamické faktory, jimiž mohou být např. afektivní stavy. Scott a Resnick (2006) dále doporučují rozdělit posuzování recidivy do pěti komponent, a to do rozsahu případného ublížení na zdraví, do pravděpodobnosti, že se vyskytne násilný trestný čin, do hrozby újmy, do frekvence daného chování a do zvážení otázky, které situační faktory jsou pro daný případ posouzení relevantní.

Tudíž může být shrnuto, že existují 4 přístupy k posuzování rizika násilné recidivy, a to klinický přístup, což jsou metody prováděné forenzními znalci na základě jejich odborného úsudku, vzhledem k jejich zkušenostem a kvalifikaci. Tento přístup nevyžaduje dodržování určitých pravidel či směrnic, a proto bývá také v západoevropských zemích stále častěji kritizován, vzhledem k nízké validitě a reliabilitě. Další metodou jsou přístupy statistické, které byly vytvořeny na základě rizikových faktorů, jež s rizikovým či agresivním chováním souvisejí. Výhodou těchto metod je snadné a přesné kódování, jež nevyžaduje forenzního

¹ Ireland, J., L. & Ireland, C., A. (2013, February). Forensic Risk Assessment Across the Lifespan (Training). The International Organisation of Forensic Practitioners in the UK.

odborníka k vyhodnocení rizika nebezpečnosti pachatele. Jejich kódování je zajištěno pomocí fixních algoritmů. Na druhé straně nevýhodou tohoto systému je nedostatečné zohlednění situačních a dynamických faktorů. Třetí generací nástrojů posuzování nebezpečnosti je strukturované profesionální posouzení, tedy přístup dynamický statický a klinický, vytvořený na základě kritiky přístupů předchozích. Zde klinický znalec posuzuje pomocí standardizovaného katalogu, obsahujícího faktory empirické, historické i dynamické, nebezpečnost vyšetřovaného jedince. Poslední, tedy čtvrtou generací je pak dynamický, statistický, klinický a léčebný model, který je propojen s etiologickým modelem posuzování rizika, jež je uveden výše. Tento poslední model dle některých autorů jako např. Douglase a Kroppa (2002) v podstatě spadá do kategorie třetí, pouze zdůrazňuje i spojení plánu léčby s posouzením rizika recidivy.² O výše zmíněných přístupech je podrobněji pojednáno níže.

Přístupy k posuzování nebezpečnosti pachatele

Klinický přístup

Když se začala vyvíjet metoda prognózování nebezpečnosti, nejčastějším způsobem jejího posuzování byl odborný názor či klinický posudek, který je tudíž nazýván první generací posuzování rizika násilí. Tato metoda využívá subjektivních technik výzkumu jako je pozorování, vedení interview a výpověď o sobě samém. Tento způsob prognózování nemá žádná omezení. Jeho výhodou je možná flexibilita, kterou lze uplatnit při posuzování každého jednotlivého případu (Doyle & Dolan, 2008). Nevýhodou je však nestrukturovanost, neformálnost a velké ovlivnění subjektivním názorem posuzujícího. Dále může být u této metody posuzování nebezpečnosti první generace pozorována nízká konzistence shod usnesení o nebezpečnosti mezi posuzovateli. Verdikty posuzovatelů o nebezpečnosti pachatelů založené na této metodě jsou často nepřesné. Posuzovatelé navíc často nedokáží upřesnit, z jakých důvodů došli právě k danému rozhodnutí (Hart, 1998). O tom, že využití klinické metody k posouzení nebezpečnosti pachatele je nepřesné, svědčí výzkum Monahana (1981), který uvádí, že pouze jedna ze tří prognóz nebezpečnosti byla v rámci jeho výzkumu úspěšná. Neúspěšnost byla zapříčiněna malou specifitou posuzovaného kritéria, opomenutím situačních a environmentálních faktorů a jako nejčastější chyba se vyskytovalo ignorování základních statistických údajů. Monahan později přispěl ke zpřesnění predikce nebezpečnosti zahrnutím statistických informací získaných výzkumnou cestou tohoto fenoménu a vytvořil

² Ireland, J., L. & Ireland, C., A. (2013, February). Forensic Risk Assessment Across the Lifespan (Training). The International Organisation of Forensic Practitioners in the UK.

tak druhou generaci přístupu k posuzování nebezpečnosti založenou na nalezení validního seznamu statistických markerů nebezpečnosti a nazývajícím se statistickým přístupem.

Statistický přístup

Statistický přístup, v anglosaské literatuře nazývaný jako Actuarial Risk Assessment, se snaží zahrnutím statistických dat určit v posuzování nebezpečnosti pachatele pevná pravidla tak, aby bylo předejito metodologickým a konceptuálním problémům (Doyle & Dolan, 2008). Dle vypočtených numerických skóre jsou pak dané proměnné rozřazeny dle velikosti podílu na daném výsledku, tedy na násilné recidivě. Poté je porovnán vztah mezi celkovým skóre a násilnou recidivou a je vložen do tabulky, což udává pravděpodobnost násilné recidivy pro každý nový případ. Práce soustředící se na výše popsané faktory se nazývají experimentální predikční studie. V těchto studiích jsou identifikovány potencionální proměnné, metody a techniky k určování nebezpečnosti pachatele. Většinou je sestaven seznam prediktorů nebezpečnosti, kde každý faktor má určité skóre a součet těchto skóre určuje míru nebezpečnosti pachatele (Doyle & Dolan, 2008). V porovnání s klinickou metodou posuzování nebezpečnosti se výše uvedeným autorům tento způsob hodnocení zdá efektivnější, protože klinický přístup často závisí na paměti hodnotitele pro minulé případy a délce praxe, kdežto Actuarial Risk Assessment je založeno na systematickém testování predikce. Tento metodologický přístup se snaží brát v úvahu především faktory statické, ale i dynamické. Pozornost se přenesla z posuzování vrozenosti nebezpečnosti pachatele k posuzování činů vypovídajících o násilném chování. Tato metoda má nejen výhody oproti klinickému posuzování nebezpečnosti pachatele, nýbrž u ní mohou být nalezeny i určité nedostatky, které shrnul Hart (1998). Výše zmíněný přístup je založen na omezeném počtu faktorů, které nerespektují individuální kazuistiky a idiosynkratické faktory. Tyto faktory, dle nichž se nebezpečnost predikuje, jsou statické, přičemž navíc některé důležité faktory mohou být ignorovány z důvodu empirické neprůkaznosti. Otázkou pak zůstává, co je účelem predikce. Pokud forenzní expert predikuje nebezpečnost pachatele, musí následovat prevence spáchání dalšího násilného trestného činu, čímž je většinou popřena správnost predikce míry nebezpečnosti. Ve výzkumech je pak tato predikce uvedena jako chybná. Není možnost, jak zaznamenat fakt, že predikce nebezpečnosti byla správná, ale nebezpečnost pachatele byla zmírněna následnou prevencí na základě predikce. Druhou možností je, že predikce byla opravdu mylná, skutečnost je však již nedozjistitelná (Doyle & Dolan, 2008).

Strukturované profesionální posouzení

Na druhou generaci posuzování nebezpečnosti pachatelů navazuje generace třetí, a to strukturované profesionální posouzení - SJP (Structured Judgement Process). Tento způsob predikce je snahou o spojení výhod klinického přístupu posuzování nebezpečnosti a přístupu statistického, který je strukturovaný a empiricky validizovaný, je tedy sloučením vědeckého empirického a klinického idiosynkratického posouzení. Posouzení nebezpečnosti je v tomto kontextu dynamickým a kontinuálním procesem. Empiricky vytvořené kategorie jsou již flexibilní a mají funkci určitých vodítek, pomocí nichž se lze držet určitého standardizovaného postupu a zároveň se lze přizpůsobit jedinečnosti případu. Proces a stupně posuzování nebezpečnosti pachatele jsou dle Doylea a Dolana (2008) nazývány cyklem řízení nebezpečnosti. V rámci tohoto přístupu není opomenut ani fakt, že testy a příručky nemohou vynahradit rozhodnutí forenzního odborníka, nýbrž mu mají pouze napomoci k přesnějšímu posudku. Zdůrazněny jsou faktory jako páčání trestného činu v minulosti, objektivní opatření, současná prezentace, kontext a environmentální podmínky a protektivní faktory. K této kategorii přístupů patří např. HCR-20 (V3) či pětistupňový strukturovaný proces posuzování nebezpečnosti v oblasti duševního zdraví Doylea a Duffyho (2006). Tento explanatorní model byl vytvořen především k posouzení nebezpečnosti v kontextu násilí, může být však také použit k posuzování rizika sebevraždy či sexuálních trestných činů. Dále byl tento nástroj vytvořen pro využívání příručky a přístupů založených na statistických podkladech, pro lepší porozumění vzniku, vývoji nebezpečného chování pachatele pro společnost. Výše zmíněná metoda chce aktivně zahrnout do vyšetření i posuzovaného respondenta. První krok této metody sestává ze sběru informací o posuzovaném jedinci z různých zdrojů. V druhém kroku se pak hodnotitel snaží najít minulé a současné kriminogenní faktory delikvence vztažené k posouzení nebezpečnosti, pro kterou je respondent vyšetřován, jako např. sebepoškozování či násilné trestné činy v minulosti. Třetí krok pak navazuje na krok druhý, kde se forenzní expert snaží odhalit minulé a současné protektivní faktory, které snižují riziko spáchání trestného činu. Z pohledu této příručky je velice důležité zahrnout do posouzení nebezpečnosti pachatele nejen rizikové faktory delikvence, nýbrž i ty protektivní, které bývají často ve studiích a výzkumech opomenuty. Mezi protektivní faktory patří například souhlas s léčbou či podpora od příbuzných a přátel. Čtvrtá fáze je stupněm, kde jsou již nasbírány informace o pachateli a vytvořen seznam rizikových faktorů, na které bychom se měli speciálně u daného jedince zaměřit. Nesmíme také zapomenout posoudit chování při spáchaném deliktu, potenciální spáchané škody a újmy

na zdraví a zároveň míru pravděpodobnosti opakování daného trestného činu. Na základě čtyř předchozích kroků je realizován krok pátý, a to vytvoření intervenčního plánu, který bude zaměřen na snížení rizika recidivy pachatele.

2.7. Predikční nástroje kriminálního chování

Jak už jsem se zmínila výše, metody či modely posuzování nebezpečnosti pachatele mohou být rozděleny na metody klinické, statistické a strukturální, přičemž poslední přístup vznikl na základě kritiky předchozích metod. Nazývá se strukturované profesionální rozhodnutí (Structured Professional Judgement - SPJ či Structured Judgement Process - SPJ), které je založené na směrnicích pro (strukturované) lidské rozhodování (Blatníková & Netík, 2008). Na bázi tohoto přístupu vznikly v poslední době některé predikční nástroje nebezpečnosti - PCL-R (Psychopathy Checklist - Revised), jež je konkrétně konstruován pro posuzování psychopatie, V-RAG (Violence Risk Appraisal Guide), LSI-R a HCR-20 (V3) (Historical/ Clinical/ Risk Management Scheme). Vězeňská služba České republiky vyvinula svůj nástroj pro posuzování nebezpečnosti SARPO. Níže budou tyto nástroje představeny a posouzeny.

2.7.1. PCL-R

Hojně užívaným nástrojem i v rámci České republiky je PCL-R (Psychopathy Checklist - Revised) vyvinutý v 90. letech 20. století Robertem D. Harem. Tato metoda bývá užívána nejen pro posouzení psychopatie probandů, ale i pro zhodnocení rizika násilné recidivy. Psychopatie je zde měřena dvěma faktory, přičemž první faktor se týká afektivních/interpersonálních složek psychopatie jako je např. nedostatek viny, lítosti či schopnost manipulovat. Druhý faktor pak reflektuje stránku konstrukt psychopatie spojenou s impulzivním, antisociálním a nestabilním životním stylem či sociální deviací. Druhý faktor je nejvíce spojen s kritérii diagnózy antisociální poruchy osobnosti (Hare, 1996). Některé nástroje jako např. V-RAG či 1. a 2. verze HCR-20 pro posouzení nebezpečnosti dokonce obsahují položku Skór PCL-R. PCL-R obsahuje 20 položek, které se týkají dvou zmíněných hlavních faktorů. Diagnosticky na podkladě semistrukturovaného interview a dostupné dokumentace o probandovi mohou být definovány čtyři aspekty - interpersonální, emocionální, aspekt antisociálních rysů a životního stylu. Autor vytvořil přísné podmínky pro užívání tohoto nástroje tak, aby posuzovatelé byli dostatečně vyškoleni a užívali PCL-R dle instrukcí (Johanidesová, 2007). Posuzovatelé skórují probandy ve vybraných položkách body

0, 1 či 2, zda daný faktor je u probanda přítomen, či je přítomen pouze částečně či plně, přičemž minimální získanou hodnotou je 0, tudíž zkoumaný jedinec nemůže být označen za osobnost s psychopatickou strukturou a maximum je 40, čili proband má plně psychopatickou strukturu osobnosti (Hare, 1996). Hartem, Coxem a Harem byla taktéž v 90. letech vytvořena zkrácená screeningová verze PCL-R PCL:SV. Tento dotazník se skládá z 12 položek a jeho administrace je výrazně kratší, vychází přitom z PCL-R (Matiaško, 2010). Nástroj byl ověřován v mnoha zemích, jako je např. Kanada, USA, Velká Británie či Německo na forenzní psychiatrické i nepsychiatrické populaci, přičemž testování validity a reliability bylo měřeno jak na mužské, tak na ženské populaci (Johanidesová, 2007). Dle některých autorů by se však nemělo PCL-R využívat k posuzování rizika násilné recidivy, ale pouze k posouzení psychopatie. Tento nástroj byl např. Grayem et al. (2003) označen za méně spolehlivý nástroj predikce násilí.

2.7.2. V-RAG

V-RAG (Violence Risk Appraisal Guide) je nástrojem pro posuzování rizika recidivy u duševně nemocných pachatelů, vyvinutý v 90. letech 20. století v kanadském Ontariu výzkumníky Quinseym, Harrisem, Ricem a Cormierovou (1998). Byl vytvořen na základě zkoumání vzorku 618 duševně nemocných pachatelů trestných činů v nemocnici s vysokým stupněm ochrany. Regresní analýzou pak bylo identifikováno 12 faktorů napomáhajících prognózování recidivy (Kröner, Stadtland, Eidt & Nedopil, 2007). Užita byla diskriminační analýza nástroje pro posouzení psychopatie PCL-R. V-RAG pak koreloval s recidivou na hladině 0,46 (Matiaško, 2010). Autoři této metody vytvořili 9 kategorií nebezpečnosti, v rámci nichž se interpretuje výsledek probandů (Kröner et al., 2007). Probandi mohou skórovat v každé z 12 uvedených položek od -5 do +12, přičemž nejnižší skóre, vypovídající o velice nízké pravděpodobnosti recidivy, je -28 a nejvyšší skóre, ukazující na nejvyšší pravděpodobnost rizika recidivy, je +33. Probandi v rámci tohoto testu skórují v následujících položkách (Quinsey et al., 1998):

1. Odloučení od rodičů před šestnáctým rokem věku
2. Problémy s chováním na základní škole
3. Problémy se zneužíváním alkoholu
4. Neuzavřené manželství
5. Historie nenásilných trestných činů

6. Porušení podmíněčného propuštění
7. Věk při spáchání násilného trestného činu
8. Závažnost újmy způsobené oběti
9. Oběť ženského pohlaví
10. Diagnostikovaná porucha osobnosti dle kritérií DSM III
11. Diagnostikovaná schizofrenie dle kritérií DSM III
12. Skóre v PCL-R

V-RAG je nástrojem, pomocí něhož se nepříliš přesně predikuje nebezpečnost psychiatrických pachatelů násilného trestného činu (Matiaško, 2010). Pro forenzní nepsychiatrickou populaci je však udávána vysoká predikční validita tohoto nástroje. Kröner et al. (2007) označují V-RAG jako nástroj, který dobře predikuje nebezpečnost pachatelů v rámci nepsychiatrické populace. Stejně výsledky potvrzují i Hastings, Krishnan, Tangney a Stuewig (2011). Tito badatelé pak ještě dodávají, že V-RAG dobře predikuje nebezpečnost pachatelů nepsychiatrické populace, ale pouze mužského pohlaví. U ženského pohlaví nepsychiatrické populace se predikční schopnosti tohoto nástroje nepotvrdily.

Tento nástroj posuzuje nebezpečnost spíše na základě hodnocení statických faktorů. Jsou zde opomenuty faktory dynamické i protektivní. V-RAG hodnotí pouze minulost, nezaměřuje se na přítomnost či na blízkou budoucnost. Autoři navíc nezmiňují možnost tvorby schémat budoucího násilného jednání a následné terapeutické intervence v porovnání s nástrojem HCR-20 (V3).

2.7.3. LSI-R

Dalším, z v dnešní době hojně užívaných nástrojů posouzení rizika recidivy vytvořených v 90. letech 20. století, je LSI-R (The Level of Service Inventory - Revised). Autory této metody jsou výzkumníci Andrews a Bonta, kteří vycházejí z teoretického podkladu sociálního učení Alberta Bandury a z empirických podkladů. LSI-R obsahuje nejen statické položky, nýbrž i položky dynamické, které byly vyhodnoceny jako relevantní ve vztahu k násilné recidivě. Na základě zhodnocení informací získaných z interview s probandem a z dostupné dokumentace je pak skórováno 54 převážně dynamických položek, jež pokrývají 10 kriminogenních oblastí - „*kriminální historie, vzdělání/zaměstnání, finance, rodinné vztahy, ubytování, volný čas a rekreace, užívání drog a alkoholu, emoční zdraví a postoje*“ (Flores et al., 2006, s. 524). Dále je vytvořeno strukturované posouzení profilu

kriminogenních potřeb pachatele. Validita a reliabilita tohoto nástroje byla prověřována na forenzním vzorku mužské i ženské populace mladších i starších pachatelů násilných trestných činů (Palmer & Hollin, 2007).

Flores et al. (2006) pak zkoumal validitu tohoto nástroje odlišným způsobem, než je obvyklé. Tito autoři tvrdí, že nezáleží pouze na výsledcích týkajících se validity v provedených výzkumech. Zda je LSI-R validní, záleží dle autorů především na strategii implementace daného nástroje forenzním zařízením, které jej užívá, na aplikovaném školení a na zkušenostech pracovníků daného zařízení. Mužský vzorek 2030 probandů, jež spáchali trestný čin, z devíti forenzních institucí, byl v této studii posuzován nástrojem LSI-R. Jako proměnné, jež byly zkoumány, bylo zvoleno absolvování výcviku vedeného profesionálem školeným v užívání LSI-R, který trval dva až tři dny a obsáhl teoretické pozadí posuzování nebezpečnosti i cvičné skórování jednotlivých případů a plánování následné intervence. Druhým zkoumaným faktorem byly dvou až tří leté zkušenosti s posuzováním nebezpečnosti probandů pomocí LSI-R. Oba výše uvedené faktory se ukázaly jako velice důležité při správné aplikaci nástroje pro posouzení nebezpečnosti a následného posouzení rizika násilné recidivy.

2.7.4. SARPO

SARPO je nástrojem pro posouzení nebezpečnosti pachatele a pro zmapování kriminogenních potřeb, přičemž mohou být rozlišeny projekty SARPO 1 a SARPO 2. Vězeňská služba České republiky si v současnosti klade za cíl snižování recidivy propuštěného pachatele a dle toho aplikuje intervenční programy.

SARPO 1 byl vyvinut Vězeňskou službou a Probační a mediační službou České republiky. Tento nástroj vycházel z hodnotícího nástroje OASys, jež užívá vězeňská a probační služba pro predikci recidivy v Anglii a Walesu. V listopadu 2003 začali odborní pracovníci spoluvytvářet tento nástroj - mapovat teoretické pozadí a východiska pro nástroj OASys, strukturovali dynamické faktory, zapracovali dotazník sebehodnocení, navrhli škálování a výstupy. V dubnu 2007 byla spuštěna roční pilotáž v 16 věznicích a v červnu 2010 byl pak nástroj připraven pro implementaci do praxe. Statické a dynamické položky nástroje SARPO 1 vymezují riziko vzniku závažné újmy na zdraví, riziko opětovného spáchání trestného činu a kriminogenní potřeby odsouzeného. Posuzována je i motivace odsouzeného k nápravě. Všechny tyto složky a jejich výsledky jsou pak zapracovány do výstupu a následné intervence. Tato metoda má pět základních částí. První část slouží

k posouzení specifík charakteru minulých trestných činů spáchaných probandem. V druhé části se pak posuzovatel zabývá okolnostmi a jinými faktory plynoucími z kontextu celkové trestné činnosti hodnoceného. V třetí části jsou obsaženy rizikové faktory seskupené do 6 oblastí - „*bydlení, zaměstnání, finance, závislosti, rodina a sociální kontakty a myšlení, postoje, chování*“ (Petras et al., 2010, s. 286). Z těchto tří částí je následně vypracována míra rizikovosti pachatele. Sebehodnotící dotazník je čtvrtou složkou SARPO 1 a poslední částí je závěrečný výstup včetně interpretace získaných výsledků a návrhů další intervence. SARPO obsahuje subjektivní i objektivní metody hodnocení. Po zhodnocení veškerých nedostatků nástroje SARPO 1 se stále v současnosti Vězeňská služba a Probační a mediační služba snaží o implementaci nástroje SARPO 2, jež je vylepšeným SARPO 1, do praxe (Petras et al., 2010).

2.7.5 HCR-20 (V3) Historical Clinical Risk Management (Version 3)

K posuzování rizika recidivy pachatele násilného trestného činu jsem v empirické části této rigorózní práce vybrala nástroj HCR-20, konkrétněji jeho nejnovější verzi HCR-20 (V3). HCR-20 (V3) bylo vydáno teprve v květnu 2013, tudíž mnoho studií s touto třetí verzí prozatím realizováno nebylo.

HCR-20, a to konkrétně jeho druhá verze, jejímiž autory jsou Webster, Douglas, Eaves a Hart (1997) je v současnosti nejčastěji užívaným nástrojem pro posouzení nebezpečnosti napříč 44 zeměmi (Potts, 2013). V současnosti existují již tři verze tohoto nástroje, přičemž autory 3. verze jsou Douglas, Hart, Webster a Belfrage (2013). Validita a reliabilita první a druhé verze tohoto nástroje byly již ověřeny mnoha výzkumy v zahraničí, jako je např. Kanada, USA, Velká Británie či Německo (Douglas, Guy, Reeves & Weir, 2008). Aktuálně již byla změřena i validita a reliabilita třetí verze nástroje výzkumníky Douglasem a Belfragem (2014). Přičemž tyto autoři studie prokázali, že druhá verze nástroje HCR-20 koreluje s třetí verzí nástroje na úrovni 0,69 – 0,90. Ohodnocena byla i interrater reliabilita, jež je u tohoto nástroje dobrá až excelentní. V České republice validita ani reliabilita HCR-20 zkoumána nebyla. Tudíž můžeme říci, že závěry získané ze studií o HCR-20, 2. verzi, mohou být s velkou pravděpodobností platné i pro třetí verzi tohoto nástroje. Vyhodnocení HCR-20 je založeno na posouzení všech dostupných zdrojů informací o probandovi - interview, pozorování, dostupné záznamy (Douglas et al., 2008). Což platí jak pro druhou, tak pro třetí verzi tohoto nástroje. Záleží však především na interpretaci a úvaze forenzního experta, zda nebezpečnost posuzovaného probanda označí jako nízkou, střední či vysokou.

Výhodou predikčního nástroje nebezpečnosti pachatele HCR-20, jak druhé, tak třetí verze, je zachycení proměnných, které se týkají minulosti, přítomnosti i budoucnosti. Historické faktory zastupují tzv. statické proměnné, klinická část se skládá z dynamických či aktuálních proměnných a risk management je reprezentován budoucími faktory rizika. HCR-20 má celkem 20 položek, 10 z nich obsahuje historická část a po pěti položkách může být nalezeno v klinické části a risk managementu. V druhé verzi je každý faktor dle přítomnosti oškálován 0 - nepřítomen, či 1 - částečně nebo možná přítomen či 2 – plně přítomen. Přičemž výsledek je získán součtem všech bodů. Maximum je pro druhou verzi 40 a minimum 0 bodů. Nebezpečnost je pak hodnocena v kategoriích nízká, střední či vysoká (Douglas, Guy & Weir, 2006). V třetí verzi tohoto nástroje je hodnocení pozměněno, a to v relacích hodnocení položek na úrovni nízký, střední či vysoký, které nahradily číslování. Hodnocení nebezpečnosti probanda pak můžeme díky tomuto nástroji vytvořit jako vnější či vnitřní, přičemž vnější nebezpečnost se vztahuje ke společnosti, zatímco vnitřní nebezpečnost hodnotí riziko násilné recidivy v rámci forenzní instituce, kde proband pobývá. (Douglas et al., 2013). Tato metoda byla vytvořena nejen na bázi empirických výzkumů, ale také na základě odborné literatury a zkušeností klinických expertů. Je lehce administrovatelná, srozumitelná a snadno vyhodnotitelná (Douglas et al., 2006). Účelem třetí revize metody HCR-20 je tedy zpřístupnění tohoto nástroje většímu množství odborníků a nahrazení některých položek jinými, jež se na základě nejnovějších výzkumů prokázaly být relevantními v rámci posuzování nebezpečnosti pachatelů (Ireland & Ireland, 2013). Verze třetí má navíc tu výhodu, že se dle mého názoru již svým zaměřením na terapii řadí ke čtvrté, tedy nejnovější, generaci nástrojů posuzování rizika recidivy, jež zohledňuje nejnovější trendy v této oblasti. Níže se již budu věnovat právě této aktuální verzi nástroje HCR-20 (V3).

Cílová klientela

HCR-20 (V3) je metodou posuzování rizika recidivy a nebezpečnosti pachatelů, kteří jsou mužského i ženského pohlaví od 18 let jejich věku a dále. Věková hranice 18 let je pohyblivá. Tato metoda se může aplikovat i na jedince, jimž je 16 či 17 let, nicméně jsou již samostatní a jejich psychika spíše tenduje k dospělosti. Stejně tak u 19 či 20 letých osob je možnost omezení užití HCR-20 (V3) z důvodu nevypěstlosti jejich uvažování a závislosti na jiných osobách. HCR-20 (V3) může být užita jak u pachatelů násilného trestného činu bez diagnózy, tak s diagnózou psychiatrickou i sexuologickou. Je na posouzení hodnotitele, zda je adekvátní užití HCR-20 (V3) u daného jedince (Douglas et al., 2013).

Aplikace užití

HCR-20 (V3) se užívá k hodnocení rizika násilí v případě klinického či právního úsudku o pravděpodobnosti spáchání násilného trestného činu. Příkladem, kdy se HCR-20 (V3) užívá, může být posouzení nebezpečnosti pachatele při přijímání do forenzního zařízení, před propuštěním, monitorování rizika v rámci umístění jedince ve forenzní instituci či zdravotnické instituci. Dalším využitím může být určení prioritizace posuzovaného případu vzhledem k ostatním posuzovaným jedincům. HCR-20 (V3) je pak upravena oproti dřívějším verzím, tudíž na jejím základě můžeme i posoudit vhodnost a efektivitu určeného intervenčního programu snižování rizik násilného chování. Také můžeme pomocí zmíněného nástroje vytvořit plán řízení budoucích rizik násilného chování a plán terapeutických postupů (Douglas et al., 2013).

Postup zpracování případu

Výše zmíněnou metodu můžeme zařadit do 4. kategorie nejnovějších nástrojů posuzování nebezpečnosti. HCR-20 (V3) má výhodu oproti ostatním metodám posuzování nebezpečnosti pachatelů - tento nástroj nestojí pouze na identifikaci pravděpodobnosti spáchání dalšího násilného trestného činu a určení potencionální nebezpečnosti v kategoriích nízká, střední a vysoká, v rámci zhodnocení přítomnosti či nepřítomnosti 20 faktorů na základě porovnání veškeré dostupné dokumentace a informací získaných z rozhovoru s posuzovaným, ale můžeme pomocí něj i určit faktory, které se u daného jedince významně podílejí na spáchání násilí právě v jeho případě tím, že označíme relevanci daných faktorů (Douglas et al., 2013).

Definice násilí dle HCR-20 (V3)

Abychom se zorientovali v problematice, koho přesně můžeme vyšetřovat metodou HCR-20 (V3), musíme se zorientovat v definicích násilí, protože definic tohoto pojmu je mnoho. Zde je však důležité vyzdvihnout právě definici násilí autorů dané metody, abychom s testem správně pracovali. Násilí je definováno jako ublížení na zdraví druhé osobě, které bylo způsobeno či pouze hrozilo či bylo kvalifikováno jako pokus o ublížení na zdraví jiné osobě. Násilí ustanovuje porušení explicitních sociálních norem. Ublížení na zdraví může být ve formě jak fyzické, tak psychické, musí však naplnit podstatu poškození zdraví či tzv. well-beingu (Douglas et al., 2013), přičemž well-being může být chápán jako pocit subjektivního

blaha, komfortu či pohody (Kebza & Šolcová, 2003). Násilný akt musí být více než náhodný, musí být úmyslný a chtěný. Závažným násilím je myšleno násilí, které ústí v těžkou (potencionální) fyzickou či psychickou újmu na zdraví. Toto jednání pravděpodobně povede k závažným právním či dalším důsledkům. Za závažné násilí je považováno i středně těžké ublížení na zdraví, které pravděpodobně vyústí ve středně těžké právní či jiné důsledky. Právními důsledky je myšleno nejen uvalení vazby, ale i například nařízení ochranné léčby. V podstatě všechny činy, které jsou závažné natolik, že by mohly vyústit v kriminální či občanskou sankci pro pachatele, by měly být označeny za násilné. Mezi násilné trestné činy autoři tedy řadí i např. únos, omezování osobní svobody, stalking či vydírání, což jsou činy, které způsobí vážnou psychickou újmu na zdraví (Douglas et al., 2013).

HCR-20 v České republice

1., 2., ani 3. verze HCR-20 nebyly do našich podmínek bohužel přeloženy. Na překladu 2. verze, která by v českém překladu měla být publikována v roce 2016, již pracuje psycholog Radek Ptáček. Žádná z těchto verzí nebyla validizována ani nebyla ověřena její reliabilita ve zdejších podmínkách. Je mi známo, že v psychiatrické léčebně Bohnice byl uskutečněn výzkum doktora Šindláře, který ověřoval účinnost sexuologického ochranného léčení na sexuologických pacientech z pavilónu 5 právě pomocí katalogu HCR-20, 2. verze. Dalším projektem, kde má HCR-20 (V3) své místo je projekt TERČ, jehož garantem je Jan Vevera ve spolupráci s V. Jiříčkou. V rámci této studie bude zkoumána efektivita terapeutického programu TERČ na pachatelích násilného trestného činu.

Zkušenosti jsou samozřejmě podstatným kladem při vyšetřování jedinců, ale na informace o způsobu užití by se taktéž nemělo zapomínat, proto jsem se tedy rozhodla ukázat, jak se s nejnovější verzí metody HCR-20 pracuje ve své diplomové práci Vybrané psychologické aspekty posuzování nebezpečnosti pobytu pachatelů trestného činu na svobodě, rizika recidivy a možnosti resocializace. Jedná se o pilotní studii ověření inter-rater reliability HCR-20 (V3) ve zdejších podmínkách. Na vzorku 21 mužských pacientů vykonávajících ochranné léčení v PN Bohnice byla posouzena rizika násilné recidivy těchto probandů pomocí HCR-20 (V3). Korelací tří posuzovatelů, vždy psychologa, psychiatra a mě, byla pak posouzena inter-rater reliabilita HCR-20 (V3) v českých podmínkách (Valentová, 2013). Na výše uvedenou diplomovou práci pak navazuje tato rigorózní práce.

HCR-20 (V3) jako marker efektivity resocializačních programů

Aby resocializace pachatelů trestných činů mohla trvale probíhat úspěšně, je důležité změřit a prokázat efektivitu aplikovaných terapeuticko-resocializačních programů. Jednou z metod jak měřit efektivitu těchto typů programů je diagnostické posouzení nástrojem HCR-20 (Belfrage & Douglas, 2002). Pro měření efektivity terapeuticko-resocializačních programů je dán předpoklad, že klinické položky a položky řízení rizik nástroje HCR-20 (V3), tedy ty dynamické, se v průběhu absolvování programu terapie budou měnit. Je tedy předpokládáno, že hodnota klinických položek a položek zvládání rizik by se vlivem působení resocializačního procesu pomocí terapie měla snižovat. Čím je jedinec blíže ukončení terapeuticko-resocializačního programu, měl by mít větší náhled, slabší násilnou ideaci, větší stabilitu a měl by dodržovat určený režim a chápat jeho smysl. Dále by měl do svého života umět zahrnout další případnou odbornou spolupráci, měl by mít zmapované podmínky bydlení a obstarání nutných financí, měl by mít osobní podporu a měl by umět lépe zvládat stresové situace.

V rámci zaměření se na nástroje posuzující riziko násilné recidivy byla Yangem, Wongem a Coidem (2010) zkoumána efektivita těchto nástrojů. Tito autoři objevili, že v efektivitě posuzování násilné recidivy se nevyskytují výrazné rozdíly, co se týče nástrojů PCL-R, OGRS, RM2000-V, V-RAG, HCR-20, GSIR, LSI-R a VRS. Pouze PCL-R se ukázalo jako méně spolehlivý prediktor posuzování násilné recidivy v rámci mužské populace.

3. Recidiva a resocializace

3.1. Recidiva

3.1.1. Definice recidivy

Recidiva může být popsána jako návrat k dříve využívaným vzorcům chování. Většinou se toto chování vztahuje ke spáchání trestné činnosti. Tohoto pojmu se užívá také v rámci určování efektivity různých intervenčních programů s cílem zabránění opakovanému páčání trestného činu (Blatníková & Netík, 2008).

V roce 1928 byla W. E. Burgessem ve Spojených státech amerických vypracována jedna z prvních konstruktivních prognostických tabulek recidivy sledující riziko recidivy u podmíněčně propuštěných vězňů. Autor u probandů sledoval 21 faktorů - např. počet odsouzení či druh deliktu. Tato studie byla však kritizována z metodologického hlediska, chybělo totiž přímé vyšetření odsouzených. Na tento výzkum navazují klinické metody. Zástupcem tohoto přístupu je např. W. C. Reckless s teorií zábran ovlivněnou psychoanalýzou. Index stupně kriminality zde pak vyjadřuje poměr vnitřních kriminálních sklonů a naučených sociálních zábran. Mezi novější studie je pak zařazen The Violence Risk Assessment Guide - V-RAG vytvořený Harissem a Ricem (Heretik, 2004).

Může být rozlišeno trestně-právní, kriminologické a penologické pojetí recidivy. Recidiva v trestním právu označuje pachatele, který opakovaně spáchal trestný čin. Pokud však pachatel za trestný čin jím spáchaný odsouzen nebyl, nemůže být tento jev označen za recidivu. Při rozhodování o délce trestu odnětí svobody může soud k tomuto faktu přihlídnout a pachateli přitížit, obzvláště pokud obviněného shledá recidivistou zvláště nebezpečným (Blatníková & Netík, 2008). Kriminologické pojetí recidivy se od pojetí trestně-právního liší v tom, že za recidivistu je pachatel označen i když za trestný čin nebyl odsouzen. Jako příklad může být uvedena situace, kdy pachatel v době spáchání prvního trestného činu ještě nebyl trestně odpovědný. Tento termín označuje nejen navzájem nezávislé opakované páčání trestné činnosti, ale i určitou tendenci k porušování trestně-právních norem (Blatníková & Netík, 2008). Naproti tomu penologické pojetí recidivy nezohledňuje pouze odsouzení pachatele, nýbrž i skutečnost, že daný pachatel je nejméně podruhé ve výkonu trestu odnětí svobody (Blatníková & Netík, 2008).

3.1.2. Kriminogenní - rizikové faktory recidivy

U kriminálního chování musí být počítáno s mnohočetnou kauzalitou. Tento druh chování není ovlivněn pouze kriminogenními faktory, které ho facilitují, nýbrž na něj působí i protektivní faktory, jež napomáhají jedinci k nekriminálním aktivitám. Prozkoumány však byly především faktory rizikové, které slouží k diagnóze i prognóze vývoje násilného trestného jednání. Blatníková a Netík (2008, s. 10) definují rizikové faktory jako „*takové osobnostní či vnější situační okolnosti či podmínky, které zvyšují pravděpodobnost vzniku kriminálního (násilného) jednání.*“ Rizikové a protektivní faktory vykazují v průběhu života jedince kumulativní účinky. Zjištění, které faktory jsou rizikové, je dáno longitudinálními výzkumy sledování dětí v průběhu jejich dospívání a porovnáváním, čím se jedinci, kteří páchají trestnou činností již jako mladiství, liší od jedinců, jež se ke kriminálním aktivitám neuchylují. U rizikových faktorů navíc musí být předpokládána určitá vzájemnost a propojenost. Nemohou být odděleny a žádný z nich nemůže být prohlášen za celkovou příčinu kriminálního jednání. Pokud je u jedince zjištěna přítomnost rizikových faktorů, neměl by být daný jedinec automaticky hodnocen jako vysoce rizikový v souvislosti se spácháním opětovného násilného trestného činu. Přítomnost rizikových faktorů totiž může být vyvážena přítomností pozitivních faktorů či posuzování jedinci mohou být obecně více náchylní k podléhání obecnějším faktorům jako např. vlivům kriminogenního prostředí (Blatníková & Netík, 2008). Z tohoto faktu vyplývá, že testy posouzení nebezpečnosti by měly obsahovat nejen škálu rizikových faktorů, ale i škálu protektivních faktorů, v nichž by jedinec byl hodnocen. Příkladem takového testu, který patří do čtvrté čili nejnovější generace nástrojů posuzování nebezpečnosti, je nástroj SAVRY určený pro adolescentní populaci.

Existuje mnoho rizikových faktorů obsažených v různých testech posuzování rizika recidivy. Faktory se liší vzhledem k odlišnému teoretickému pozadí, z kterých různé testy vycházejí. Některé nástroje se navíc vztahují k násilí obecně, některé posuzují sexuální násilí, jiné jsou vytvořeny především pro psychotické jedince a některé jsou zaměřeny na poruchu osobnosti. I od těchto faktů se odvíjí odlišnost faktorů sytících nebezpečnost (Monahan et al., 2006). Např. Blatníková a Netík (2008) dělí kriminogenní faktory na vnější rizikové faktory, což jsou faktory na úrovni komunity, dále na nezávislé rizikové faktory, které mohou být označeny jako prediktory kriminálního chování, na individuální rizikové faktory a na rodinné rizikové faktory.

Monahan et al. (2006) navrhl teoretický rámec rozlišení několika skupin rizikových faktorů. První skupina faktorů je vztažena k individualitě posuzovaného jedince, druhá

kategorie je nazvána klinickými rizikovými faktory, třetí skupina faktorů se vztahuje k historii respondenta a ke zkušenostem, které posuzovaný jedinec během života nasbíral.

Seznam kriminogenních faktorů delikvence byl vytvořen ke sjednocení posuzování nebezpečnosti a k vytvoření strukturovaného přístupu v dané problematice. Přehled nejvýznamnějších či nejčastěji se objevujících a výzkumem potvrzených rizikových faktorů udává následující tabulka č. 1. Tento přehled převzatý od Doylea a Dolana (2008, s. 252) je doplněn tabulkou č. 2 (Blatníková & Netík, 2008, s. 32 - 33), která zobrazuje jiný systém rizikových faktorů recidivy.

Kategorie rizikového faktoru	Rizikový faktor
Individuální: Co jedinec <u>je</u>	Věk Pohlaví Etnicita Vzteky Impulzivita Struktura osobnosti
Klinická: Co jedinec <u>má</u>	Duševní porucha Persekuční bludy Misidentifikační bludy Symptomy ovládnutí strachu/kontroly Imperativní halucinace Poruchy osobnosti Psychopatie Užívání návykových látek
Historická: Co jedinec <u>udělal</u>	Předchozí kriminální chování a násilné trestné činy Doba uplynulá od posledního spáchaného trestného činu Frekvence páchaní trestné činnosti Závažnost trestných činů Schéma trestné činnosti
Zkušenostní: Co se jedinci <u>stalo</u>	Patologické rodinné prostředí Oběť zneužívání v dětství Zneužívání ostatních v dětství/ delikvent

Tab. č. 1 Rizikové faktory dle Doylea a Dolana (2008, s. 252)

Oblast/Okruh	Rizikové faktory	
	Věk 6 – 11	Věk 12 - 14
	"Obecné či běžné" trestné činy (přestupky), nemusí být nutně násilné, například krádež vloupáním, krádež, vydírání a/nebo odsouzení pro závažný trestný čin	Obecné trestné činy (přestupky), nemusí být nutně násilné, například krádež vloupáním, krádež, vydírání a/nebo odsouzení pro závažný trestný čin
	Zneužívání návykových látek	Psychický stav: neklid/nervozita/nesoustředěnost, obtížná schopnost koncentrace, rizikové chování
	Mužské pohlaví	Agrese
Individuální	Agrese	Mužské pohlaví
	Hyperaktivita (ADHD), impulzivita	Fyzické násilí
	Problémové (antisociální) chování	Antisociální postoje, předsudky
	Expozice televiznímu násilí	Kriminální jednání proti osobě
	Medicínské (např. prenatální ohrožení, komplikace při porodu), somatické (např. úraz hlavy, nízká porodní hmotnost) rizikové faktory	Problémové (antisociální) chování
	Nízké IQ (kognitivní schopnosti, schopnost učit se, verbální dovednosti)	Nízké IQ
	Antisociální postoje, předsudky	Zneužívání návykových látek
	Nepoctivost/nečestnost	
	Nízký socio-ekonomický status – chudoba	Nedostatečný vzájemný vztah mezi rodičem a dítětem - tvrdá/

		laxní disciplína, slabý rodičovský dozor (monitorování) a supervize
	Antisociální rodičovské figury	Nízké rodičovské zapojení
Rodina	Slabá (nedostatečná) vazba (vzájemný vztah) rodič-dítě - tvrdá/ laxní nebo nekonzistentní disciplína	Antisociální rodiče
	Rozvrácený domov, separace od rodičů	Rozvrácený domov
	Zneužívající rodiče - zanedbávání dítěte	Nízký socio-ekonomický status - chudoba
		Abusivní rodiče
		Rodinný konflikt
Škola	Slabé postoje, slabý výkon	Slabé postoje, slabý výkon
		Selhávání ve vzdělávání
Skupina vrstevníků	Oslabené sociální vazby (pouta), antisociální vrstevníci	Oslabené sociální vazby
		Antisociální, delikventní vrstevníci
		Členství v gangu
Komunita		Kriminalita, drogy v bezprostředním sousedství
		Dezorganizace (chaotičnost) v okolí (v sousedství)

Tab. č. 2 Rizikové faktory dle Blatníkové a Netíka (2008, s. 32 - 33)

3.1.3. Protektivní faktory ve vztahu k recidivě

Jak již bylo zmíněno výše, protektivní faktory ve vztahu k recidivě, které Blatníková a Netík (2008, s. 10) definují jako „vnitřní či vnější podmínky, které tlumí dopad nebo působnost rizikových faktorů,“ jsou prozkoumány mnohem méně nežli faktory kriminogenní. Rozšířit povědomí o protektivních faktorech recidivy se svým výzkumem rozhodli Ullrich a

Coid (2011). Tito autoři hodnotili 15 vybraných protektivních faktorů u 800 vězňů mužského pohlaví, kteří byli propuštěni z vězení. Pouze 5 z těchto protektivních faktorů se ukázalo být signifikantními ve snižování pravděpodobnosti opětovného spáchání trestného činu. K těmto protektivním faktorům, majícím dlouhodobý účinek, patřily především ty, které se týkaly pozitivních sociálních vazeb uvězněných jedinců. Konkrétněji to byla sociální opora, emocionální podpora, volný čas strávený s rodinou či s přáteli, praktikování náboženských aktivit a blízkost druhých. Jako irelevantní pak byly prokázány faktory týkající se okolností propuštění, jako je zajištění financí či ubytování. Výjimkou v této oblasti bylo zajištění přechodného ubytování krátce po propuštění a zaměstnání v oblasti vzdělávání. Autoři nepotvrzují fakt, že by protektivní faktory měly odlišný efekt na různých stupních nebezpečnosti. Vzhledem k faktu, že Ullrich a Coid (2011) potvrzují efektivitu protektivních faktorů při predikci recidivy, apelují na odborné pracovníky, aby zahrnuli do posuzování nebezpečnosti pachatelů jak rizikové faktory, tak faktory protektivní, jež jsou navíc založeny na pozitivním přístupu k odsouzeným a na naději na změnu.

Doyle a Dolan (2008, s. 252) zahrnují mezi nejdůležitější protektivní faktory pozitivní přijetí léčby, její dodržování a vnitřní identifikaci s léčbou, dobrý náhled, dobrý vztah a terapeutickou alianci, pravidelný kontakt se zdravotnickými a sociálními službami, dobře rozvinutou síť sociálních vztahů, nezájem o zbraně a neznalost problematiky zbraní a strach z potenciálního ohrožení sebe sama.

V tabulce č. 3 jsou pak znázorněny protektivní faktory dle Blatníkové a Netíka (2008, s. 32 - 33), přičemž tyto faktory jsou propojené s rizikovými faktory recidivy, jež jsou znázorněny v tabulce č. 2.

Oblast/Okruh	Protektivní faktory (věk začátku není znám)
Individuální	Intolerantní postoje k delikvenci
	Vyšší IQ (úroveň kognitivních schopností)
	Ženské pohlaví
	Pozitivní sociální orientace
	Vnímání/uvědomování si sankce za porušení zákona

Rodina	Vřelá, podporující vztah s rodiči a ostatními dospělými
	Rodičovská pozitivní hodnocení vrstevníků Rodičovský dohled (monitorování)
Škola	Závazek ke škole
	Uznání za účast v konvenčních aktivitách
Skupina vrstevníků	Přátelé, kteří jsou zapojeni v konvenčních aktivitách

Tab. č. 3 Protektivní faktory dle Blatníkové a Netíka (2008)

3.1.4. Výzkumy recidivy

Gagliardi, Lovell, Peterson a Jemelka (2004) zkoumali recidivu u psychicky nemocných probandů, kteří byli propuštěni z vězeňského zařízení. Psychicky nemocní probandi byli pro účely tohoto výzkumu definováni jako lidé trpící poruchou myšlení či nálady, která narušuje každodenní fungování a vyžaduje kontinuální léčbu. Výše zmínění autoři posuzovali recidivu u 333 mužských probandů z washingtonských státních věznic. Autoři shrnují, že 77% probandů zrecidivovalo, přičemž 69% bylo z nového trestného činu usvědčeno. 41% spáchalo závažný trestný čin, ale pouze 23% spáchalo závažný násilný trestný čin proti osobám, přičemž 10% z těchto osob spáchalo závažný násilný trestný čin a 13% spáchalo násilný přečin. Mezi nejzávažnější trestné činy, z kterých byli probandi obviněni, patřila vražda, která se vyskytla pouze u jednoho recidivisty, dva byli obviněni ze znásilnění prvního stupně, další dva probandi z loupeže prvního stupně a jeden recidivista spáchal napadení prvního stupně (dle právních norem a podmínek USA). Gagliardi et al. (2004) porovnával tato data se stejným množstvím recidivistů z washingtonských státních věznic u populace, která nebyla psychicky nemocná. 38% z těchto probandů zrecidivovalo a 10% útočníků bylo usvědčeno z násilného závažného trestného činu. Autoři výzkumu na závěr shrnují, že z porovnání výsledků je vidět, že psychicky nemocní jedinci nerecidivují častěji nežli je tomu u jedinců, kteří nespádají do této diagnostické kategorie, jak veřejnost často předpokládá. Gagliardi et al. (2004) dále identifikoval kriminogenní faktory, které signifikantně souvisejí s recidivou. Mezi tyto faktory autoři řadí nízký věk při spáchání násilného trestného činu, kriminální všestrannost, ženské pohlaví, porušování norem a status spáchání prvního trestného činu spadajícího do kategorie sexuálních trestných činů.

Rizika recidivy ve vztahu k resocializačním technikám jako je dokončení terapeutického léčebného programu zkoumali Olver, Wormith a Stockdale (2011). Selhání v léčbě je zapříčiněno jistými faktory, mezi něž může být započítáno i výše rizika recidivy. Tito autoři v rámci své meta-analytické studie posuzovali případy 41438 odsouzených ze 114 studií. Zkoumán byl především vztah recidivy a příčin nedokončení nařízeného terapeutického programu. Probandi byli rozděleni do tří skupin - pachatelé sexuálních násilných trestných činů, pachatelé násilných trestných činů a pachatelé domácího násilí. Autoři zjistili, že 27,1% pachatelů při posouzení všech skupin zrecidivovalo, dále 27,6% pachatelů ze skupiny sexuálních násilníků zrecidivovalo a 37,8% pachatelů domácího násilí se taktéž dopustilo recidivy. Procento recidivujících pachatelů bylo větší u těch probandů, kteří nedokončili úspěšně terapeutický program. Mezi signifikantní prediktory násilné recidivy byly na základě této studie zařazeny demografické charakteristiky, kriminální historie a osobnostní proměnné, mentální schopnosti, údaje o míře rizika recidivy získané nástroji posouzení nebezpečnosti a chování a zvyky spojené s léčbou. Jedinci, kteří nedokončili léčbu, byli označeni za pachatele s větší pravděpodobností spáchání násilné recidivy. Pachatelé, kteří by měli nejvíce z léčby těžit, čili jedinci, kteří léčbu nejvíce potřebují, např. lidé s vysokou pravděpodobností spáchání násilného trestného činu, jsou zároveň lidmi, kteří tuto léčbu s největší pravděpodobností nedokončí. Forenzní odborníci však mohou určit rizikové faktory, dle nichž bude léčba v rámci možností forenzního zařízení modifikována tak, aby přispěli k úspěšnému dokončení daného terapeutického programu.

Jednou z nejdůležitějších funkcí nápravných institucí je posuzování pravděpodobnosti opětovného spáchání trestného činu u pachatelů po propuštění z forenzního zařízení. Stejně důležitou funkcí je však schopnost co nejdříve detekovat změnu v riziku recidivy u pachatelů trestného činu tak, aby se dala následně co nejefektivněji řídit a tím snížit riziko recidivy na minimum. K posouzení pravděpodobnosti rizika recidivy slouží diagnostické nástroje, které z počátku svého vývoje byly založeny především na posouzení statických proměnných, avšak později mnohé výzkumy prokázaly, že hodnoceny by měly být i faktory dynamické (Doyle & Dolan, 2008). Pro ověření této hypotézy se Brown, Amand a Zembel (2009) rozhodli realizovat třívlňový prospektivní panelový výzkum. Autoři konkrétně zkoumali, které statické a dynamické proměnné by mohly predikovat recidivu na vzorku 136 pachatelů násilného trestného činu propuštěných z kanadského federálního vězení, přičemž statické proměnné byly posuzovány pouze jednou před propuštěním probandů z vězení a dynamické proměnné byly hodnoceny třikrát - před propuštěním a 1 a 3 měsíce po propuštění. Ve výzkumu nebyl

použit pouze jeden nástroj pro posouzení nebezpečnosti, nýbrž soubor statických a dynamických faktorů, které byly rozlišeny a určeny jako signifikantní ve vztahu k násilné recidivě na základě několika teoretických podkladů. Mezi statické faktory, které byly posuzovány, patřil věk absolvování interview před zadržením, zhodnocení statistických informací ze škály recidivy - revision 1 (SIR-R1), skóre z nástroje pro posouzení psychopatie PCL-R, výsledky z Dětské adolescentní taxonomické škály: Verze výpovědi o sobě (CATS-SR) a porušování kázně ve vězení. Jako dynamické faktory bylo v této studii posuzováno 7 položek z nástroje Problem Survey Checklist, přičemž tato studie byla první, která empiricky tento nástroj ve svém výzkumu užila. Konkrétně se jednalo o manželské/rodinné problémy, o problémy v zaměstnání, o problémy s bydlením, o finanční problémy, o špatné využití volného času, o interpersonální konflikty a o fyzické a emoční zdraví. Zkoumány nebyly pouze statické a dynamické faktory, ale i akutní kognitivní/emocionální posouzení a dynamické responzivní mechanismy. Autoři ve svém výzkumu potvrdili větší efektivitu posuzování pravděpodobnosti spáchání opětovného násilného trestného činu pomocí staticko-dynamického modelu nežli pouze modelu statického. Autoři dále doporučují na základě výsledků své studie u pachatelů násilné trestné činnosti dávat větší důraz na výpověď o sobě, z které můžeme taktéž posuzovat riziko recidivy.

3.2. Resocializace

3.2.1. Definice resocializace

Resocializace v kontextu vězeňství může být popsána jako proces, v jehož rámci jsou sociální role, návyky, dovednosti a schopnosti řešení problémů pachatele nahrazeny či pozměněny působením resocializačních programů tak, aby odpovídaly požadavkům a sociálním normám společnosti, v níž pachatel žije (Cornel & Maelicke, 1994). Pojmem souvisejícím s resocializací je socializace jedince, jež může být ztotožněna s celoživotním biologickým, psychickým i sociálním zráním. Socializace se týká především přebírání a vývoje sociálních rolí, hodnot a norem dané společnosti. Tyto role se v průběhu života mění, vyvíjejí, vytvářejí a zanikají. Pokud jedinec neobstojí ve vývojových úkolech a jeho socializace neproběhne adaptivně vzhledem ke společnosti, vyvíjí se tak problematická situace nejen pro něj samotného, ale i pro společnost. Penitenciární resocializace je pak jakýmsi procesem nápravy norem a hodnot, které jedinec, jenž spáchal trestný čin, již akceptoval nebo doplněním chybějících. Jak rychle a za jakých podmínek se jedinec bude

resocializovat, záleží na otevřenosti systému, na míře odlišnosti sociálních norem a hodnot akceptovaných jedincem od těch, které jsou akceptovány společností, a na schopnosti a míře adaptace jedince, jenž by měl být resocializován. S pojmem resocializace bývá často spojován pojem rehabilitace, který může být ve vězeňském kontextu chápán jako proces navrácení společenského statusu a postavení trestaného po odpykání trestu odnětí svobody (Biedermanová & Petras, 2011).

3.2.2. Resocializační techniky

Resocializace je proces, který kontinuálně navazuje na posouzení nebezpečnosti jedince. Při posouzení nebezpečnosti jsou stanoveny kriminogenní faktory spojené s rizikem recidivy. Aby bylo recidivě předejito, jsou aplikovány různé resocializační techniky na daného jedince, mezi něž je řazena např. terapie. Jako součást terapeutického procesu by mělo být obnovováno posouzení nebezpečnosti jedince a měl by být sledován jeho vývoj. Doyle a Dolan (2008) zmiňují několik faktorů, které přispívají k co největšímu benefitu hodnocených jedinců a zároveň k ochraně forenzního personálu. Je jimi užívání systematických a ověřených přístupů k posuzování nebezpečnosti, multidisciplinární rozhodování, klinická supervize, dodržování předem stanovených hranic, profesionální rozvoj, neobviňující kultura, dobrá komunikace a jasná, přesná a důsledná dokumentace.

McGuire (2008) považuje resocializační techniky za soubor metod, které jsou v určité standardizované formě aplikovány na pachatele trestných činů tak, aby co nejvíce přispívaly ke snížení pravděpodobnosti opětovného spáchání trestného činu. Tyto techniky spadají do terciární prevence. Na tomto principu je také založen trest, kdy v jeho rámci pachatelé trestných činů musejí absolvovat dané resocializační programy. Uložení trestu tedy předpokládá změnu chování pachatele. Mnohými výzkumy byl s postupem času potvrzen fakt, že samotná aplikace trestu ke snížení rizika recidivy nestačí a že aplikace terapeutických metod a dalších resocializačních technik je nezbytnou podmínkou snížení pravděpodobnosti opětovného spáchání trestného činu. Pokud jsou resocializační techniky zacílené přímo na určitého jedince na základě identifikace rizikových faktorů recidivy, jsou tyto metody efektivnější, nežli pokud jsou aplikovány obecně, nezacíleně. Většina aplikovaných resocializačních technik je v současné době založena na teoretickém podkladu sociálně kognitivním, jež byl vytvořen Albertem Bandurou. Tato teorie předpokládá, že kriminální chování je naučené zejména socializací a dalšími interakčními procesy, přičemž markantní vliv mají faktory z rodinného prostředí i ze sociální skupiny vrstevníků, s kterou je jedinec

v častém kontaktu. Pachatelé se tedy v rámci terapie zaměřují na uvědomění si interakce mezi svými pocity, myšlenkami a chováním a na zkoumání okolností spáchání trestného činu. Učí se korekci řetězce sledu reakcí na stresové situace, které vedly ke kriminálnímu jednání. Své nově nabyté dovednosti si pak ověřují v nácvikových sociálních situacích (McGuire, 2008).

Prevence a terapie nadměrné agrese

K resocializačním technikám, které by měly pomoci pachateli navrátit se do běžného života a měly by mu pomoci naučit se zvládat situace vyvolávající stres adekvátním způsobem, patří prevence a terapie nadměrné agrese. Do prevence a terapie sklonu k agresivnímu chování může být dle Vágnerové (2008) zařazeno sociální působení, farmakologická léčba, psychoterapie obecně, socioterapie a úprava prostředí. Přičemž prevence agresivity se zdá býti účinnější nežli následná terapie.

V rámci sociálního působení, jež může preventivně zapůsobit na projevy agresivního chování, velice záleží na toleranci společnosti k agresivitě a na nastavení jejích sociálních norem. Společnost nastavuje i výši a formy trestu. Terapeutické působení trestu je však sporné. Ne u všech typů pachatelů je trest terapeuticky efektivní, zejména u impulzivně agresivních pachatelů se neproказuje jeho účinnost. Dalším problémem je fakt, že trest bývá vězni většinou hodnocen jako nespravedlivý, což taktéž nepomáhá pozitivnímu terapeutickému efektu. Trest navíc většinou nabývá účinnosti až po dlouhé době po spáchání trestného činu, čímž mizí spojení mezi příčinou (spácháním trestného činu) a následkem (odnětí svobody) (Vágnerová, 2008). Pokud pachatel trestného činu trpí duševní poruchou, mohou být medikamenty ke snížení sklonu k agresivnímu chování podávány jako součást celkové léčby (Vágnerová, 2008). Vězeňští psychologové pak v rámci programu zacházení s vězněm a jeho resocializace zařazují do programu psychoterapii. Toto psychoterapeutické působení by mělo zlepšovat sebnáhled, mělo by působit na empatii odsouzeného, na schopnost vžít se do citění obětí a do důsledků trestného činu obecně. Opomenuto by nemělo zůstat ani učení se strategiím zvládání svého agresivního chování či popudů a návyky nového konstruktivnějšího způsobu chování či řešení problémů (Vágnerová, 2008). Další pomocnou rukou při resocializaci vězně může být socioterapie, která agresivního jedince může naučit novým vzorcům chování, pomůže mu získat informace ohledně odborné pomoci a zaměřit se i na úpravu sociálního prostředí, v němž se jedinec pohybuje. Nemocniční prostředí či věznice podporují agresivní chování podmínkami, ve kterých pachatelé žijí. Proto by se mělo dbát na dodržování určité velikosti místností, počtu lidí v místnosti, či alespoň částečného zachování

soukromí. Tato opatření by měla zajistit snížení výskytu agresivních tendencí (Vágnerová, 2008).

K určení způsobu zacházení s pachatelem a k efektivnějšímu zaměření resocializačních strategií, by mohla sloužit Tochova Deskriptivní typologie agresorů. Tato typologie rozlišuje násilníky posilující svůj sebeobraz či ochraňující svůj sebeobraz; násilníky k sobě shovívavé; násilníky bránící svoji pověst; tyrany a sadisty a násilníky tendující k sebeobraně (Čermák, 1999). Dále dle jiných typologií mají k většímu násilí, agresi a konfliktnosti sklony osobnosti typu A a také internalisté dle Rotterovy teorie místa kontroly (Čermák, 1999). Otázkou tedy zůstává, jak s agresí pracovat, zda existují nějaké mechanismy na podporu tlumení agrese či zda může být agrese sublimována nebo vybita společensky přijatelným způsobem. Proto Wilkowski, Robinson a Troop-Gordon (2010) zkoumali působení kognitivní kontroly na snížení vzteku a agrese. Toto téma již bylo nastíněno výše v teoriích vzniku a fungování agrese již např. u Freuda, který regulaci agrese vysvětloval pomocí systému id, ega a superega či u Lorenze, který zastával názor, že inhibiční mechanismy agrese leží v nervovém systému. Novější výzkumy jako je tento potvrzují existenci kognitivního kontrolního systému, který usměrňuje agresi, v prefrontální oblasti. Tento systém slouží k potlačení nevhodných myšlenek a chování. Je však zastáváno několik způsobů výkladu, jak právě k tomuto potlačení dochází. Může to být rozptýlením hostilních myšlenek, přehodnocením provokací, odpuštěním provokací a potlačením agresivních impulzů. Autoři v rámci uplatněné teorie „Conflict Monitoring Theory“ zdůrazňují především odpuštění jako hlavní faktor při potlačení agrese. Conflict Monitoring Theory byla zkoumána již v roce 1935 Stroopem. Proces probíhá tak, že konflikt je rychle zaznamenán anteriorním cingulárním kortexem a vede k náboru kognitivních kontrolních prostředků v rámci dorzolaterálního prefrontálního kortexu. Poté jsou jedinci schopni jakési úpravy své reakce na konflikty, o čemž svědčí snížené interferenční efekty na ihned následující soudy. Individuální tendence k získání zdrojů kognitivního ovládnutí po expozici různých typů pokušení, jako je např. alkohol, by měla predikovat schopnost regulace v této oblasti (např. abstinence alkoholu). Autoři navrhují, že autoregulační úspěch pak může být jakousi funkcí k určení, zda je jedinec schopen užívat kognitivní kontrolní zdroje (Wilkowski et al., 2010).

Pouze interdisciplinární spolupráce přinese největší možné objasnění procesů skrytých v rámci tohoto pojmu, a tak přispěje k pochopení těchto mechanismů. Pokud budou tyto mechanismy lépe objasněny, s agresí a s násilím se budeme lépe vyrovnávat. Dále bude

možné sestavovat resocializační programy, které zohlední práci s agresí a s možným vznikem násilí a následným dalším spácháním násilného trestného činu, čili recidivy.

3.2.3. Forma a typy resocializačních programů

Většina intervencí či resocializačních technik je uspořádána do formy programů. Tyto programy mají jasnou strukturu a předem určenou formu. Jejich aplikace vyžaduje znalost speciálně vytvořených postupů trénovanými forenzními odborníky. Součástí je také průběžné i závěrečné hodnocení probandů v oblasti rizikových faktorů spáchání recidivy a postupné návrhy úprav dle individuálních intervenujících proměnných vztahujících se k hodnoceným jedincům. Resocializační programy mohou být aplikovány individuálně, ale zvykem je sestavení terapeutické skupiny o přibližně deseti členech. Předem je stanoven i čas a celkový rozvrh jednotlivých sezení, jež se pohybují od šedesáti do sto dvaceti minut. V některých zemích jsou resocializační programy i předepsány a korigovány zákonem z důvodu zajištění jednoty výstupů a také z důvodu kontroly. Programy tudíž musí splňovat specifická kritéria určená danou zemí či např. Generálním ředitelstvím Vězeňské služby dané země. Délka jednotlivých programů se liší od 10 sezení do 120 či ještě více sezení, dle typu pachatelů trestné činnosti, pro které je resocializační program uspořádán. Většina resocializačních programů je multimodálních, tudíž je zaměřena na několik cílů, kterých by měli pachatelé po absolvování programu dosáhnout. V rámci těchto sezení se pachatelé učí ovládat svůj vztek, učí se sebekontrolu, efektivnějším strategiím řešení problémů, sociálním dovednostem, kognitivní restrukturalizaci, morálním hodnotám a zvyšování motivace. Mezi současně v zahraničí hojně aplikované specializované techniky, které jsou standardizovány v rámci resocializačních programů, patří „*reasoning and rehabilitation (R&R)*“, *moral reconnection therapy*, *aggression replacement training (ART)*, *EQUIP*, *Think First*, *One-to-One*, *Controlling Anger and Learning to Manage it (CALM)*, *enhanced thinking skills (ETS)*, *self-risk management a multi-systemic therapy*“ (McGuire, 2008, s. 128). Některé z těchto technik existují v modifikované formě - jsou aplikovány ve vězení či v rámci komunity, přizpůsobeny dle věku, pohlaví, etnicity nebo dle užívání návykových látek v anamnéze (McGuire, 2008).

Klasické terapeutické metody a přístupy kognitivně-behaviorální terapie by měly být pro jedince trpící poruchou osobnosti a nastoupivší VTOS přizpůsobeny (Beck et al., 2003). Dle Praška a kol. (2003) je nejčastějším přístupem užívaným pro léčbu jedinců trpících poruchami osobnosti dynamická skupinová psychoterapie. Účinnost tohoto přístupu však nebyla ověřena v kontrolovaných experimentech. Praško a kolektiv dále uvádí, že

terapeutický program, díky němuž bude dosaženo změn v osobnostní struktuře jedinců, musí obsahovat nejméně 40 sezení po dobu alespoň jednoho roku. Pokud by byl terapeutický program kratší, bylo by dosaženo pouze kompenzace toho času se projevujících symptomů. Experimentálně jsou v České republice zkoumány možnosti snižování rizika recidivy a predikce nebezpečnosti pachatelů trestného činu od konce 60. let minulého století, přičemž ústřední roli zaujímal tenkrát Výzkumný ústav penologický (Urbanová, 1977). Nyní se tímto tématem zabývají forenzní experti z Institutu pro kriminologii a sociální prevenci (IKSP), např. Biedermanová a Petras (2011), jde však především o odborné závěry v podobě deskriptivních analýz. Z důvodu nedostatku terapeuticko-resocializačních programů zacílených na pachatele násilných trestných činů a na resocializaci jedinců trpících ASPD v České republice se rozhodl Václav Jiříčka, psycholog Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR, se svými spolupracovníky vyvinout program TERČ. TERČ byl poprvé aplikován v roce 2008 ve Specializovaném oddělení pro odsouzené s poruchou duševní a poruchou chování ve Vazební věznici Liberec. Poté se tento program rozšířil do dalších českých věznic (Jiříčka, Vevera & Valentová, 2014). Tento program je dlouhý jeden rok, přičemž zahrnuje 45 terapeutických sezení a speciální edukační aktivity v rozsahu 21 hodin týdně, a řadí se mezi na trestný čin zaměřené terapie. TERČ byl vyvinut dle principů švýcarského intervenčního programu Ambulante Intensiv-Programm (Urbanik & Sturm, 2006). Aplikací specializovaného resocializačního programu u mladých odsouzených, kteří spáchali násilný trestný čin (NTČ), a měřením jeho efektivity se u nás zabývala Ludmila Houdková (2014), která ve své dizertační práci zdůrazňuje důležitost diferencovaného zacházení s pachateli NTČ, tedy důležitost individuální prevence u konkrétních osob v konkrétním prostředí, v konkrétním čase. Významnou roli v rámci resocializace mladých odsouzených představuje osobní podpora, zachování psychického i fyzického zdraví, rozvoj vzdělávání, podpora zájmových aktivit a celková harmonizace psychického vývoje (Houdková, 2014).

Aby byl resocializační program efektivní, musí jeho účastníci dodržovat určité principy. Jako tři nejdůležitější principy se ukázaly být principy rizika, potřeb a odpovídající léčby vzhledem ke kognitivní a osobnostní struktuře pachatele. Na základě principu rizika je doporučeno aplikovat intenzitu léčby dle rizikovosti pachatelů - pachatel násilného trestného činu, u něhož je vysoká pravděpodobnost recidivy, by měl být podroben intenzivnější terapii nežli ten, který spáchá opětovný násilný trestný čin s nižší pravděpodobností. Princip potřeb rozlišuje mezi kriminogenními a nekriminogenními potřebami. V rámci resocializačního programu musejí být zmapovány potřeby pachatelů a následně musí být terapie zacílena právě

na potřeby kriminogenní. Mezi tyto kriminogenní potřeby autoři tohoto modelu Andrews, Bonta a Hoge (1990) řadí antisociální osobnostní zvyky, prokriminální postoje, sociální podporu pro kriminální jednání, užívání návykových látek, rodinné/manželské vztahy, školu/práci a prosociální rekreační aktivity. Na základě stanovení kriminogenních potřeb jsou určeny intervenční cíle, kterých se forenzní odborníci snaží působením resocializačního programu dosáhnout. Těmito cíli je vybudování autoregulačních mechanismů, podpora schopností zlepšujících ovládání vzteku, budování prosociální identity, náhrada prokriminálních přátel a sociálního okolí prosociálními jedinci, redukce užívání návykových látek a nalezení jejich náhrady, rozvoj rodičovských schopností a péče, vybudování studijních a pracovních dovedností a navázání prosociálních vztahů v těchto oblastech a učení se participaci v prosociálních volnočasových aktivitách. Třetí a zároveň poslední princip responzivity zdůrazňuje fakt, že resocializační program by měl být adekvátní ke kognitivním schopnostem a struktuře osobnosti pachatelů trestného činu. Tento model, jehož je využíváno např. v Kanadě, ale i v mnoha dalších zemích od 90. let 20. století, je nazýván Risk-need-responsivity model (Andrews & Bonta, 2010). Andrews a Bonta (2010) poté experimentálně ověřovali efektivitu programů založených na výše zmíněných principech v rámci meta-analytické studie. Andrews et al. (1990) pak ve své studii prokazuje, že terapeuticko-resocializační programy, které se nedržely klinicky relevantních principů, jako je např. výše zmíněné zaměření se na kriminogenní potřeby či intenzivní terapie pro pachatele s vysokým rizikem recidivy, vykazovaly menší úbytek recidivy posuzovaných probandů nežli terapeuticko-resocializační programy, které dle daných principů postupovaly. Pokud nebyla věnována pozornost posouzení rizika recidivy a určení kriminogenních potřeb během VTOS u daných jedinců, recidiva byla snížena opět méně, nežli u jedinců, u nichž byly tyto charakteristiky zjišťovány. Tyto výše zmíněné principy se TERC snaží zahrnout a na své účastníky aplikovat.

3.2.4. Ochranné léčení

Ochranné léčení (OL) může být označeno jako jedna z forem resocializačního programu. Cílem tohoto resocializačního programu je především snížit nebezpečnost daného jedince pro společnost, avšak i pro sebe po absolvování daného ochranného léčení, dokud nesplní svůj účel. Nařízení ochranného léčení je státní zakázkou, kterou nařizuje soud psychicky nemocným delikventům z důvodu společenské nebezpečnosti. Ochranné léčení v České republice vymezuje několik právních předpisů. Řadí se mezi ně Trestní zákoník

(zákon č. 40/2009 Sb.), Trestní řád (zákon č. 141/1961 Sb.), Zákon o výkonu zabezpečovací detence a změně souvisejících zákonů č. 129/2008 Sb. účinný od 1.1.2009, Zákon o soudnictví ve věcech mládeže (zákon č. 218/2003 Sb.), Zákon č. 373/2011, o specifických zdravotních službách, Vyhláška MS č. 37/1992 Sb., o jednacím řádu pro okresní a krajské soudy a Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (Švarc, 2013).

Tradiční dělení ochranného léčení je na psychiatrické, protitoxikomanické, protialkoholní a sexuologické, přičemž je rozeznávána forma ambulantní či ústavní. Z čehož vyplývá, že soud ukládá pachateli trestného činu ochranné léčení, jestliže spáchal trestný čin ve stavu duševní poruchy a zároveň je nebezpečný anebo spáchal trestný čin pod vlivem návykové látky, přičemž v kombinaci s uložením ochranného léčení může být trest pro daného pachatele snížen či může být od uložení výkonu trestu odnětí svobody zcela upuštěno. Ochranné léčení trvá nejdéle dva roky. Pokud nesplní svůj účel, za jakým bylo uloženo, může ho soud prodloužit, avšak nejdéle opět o dvě léta. Tato léčba je vykonávána buď ve věznici, nebo v určeném zdravotnickém zařízení. Ochranné léčení může být uloženo i mladistvým trpícím psychickou poruchou, kteří spáchali trestný čin. Dále může být ochranné léčení uloženo i dětem mladším patnácti let, které trpí psychickou poruchou na základě předchozího pedagogicko-psychologického vyšetření, jež spáchaly trestný čin. Návrh na ukončení ochranného léčení dává zdravotnické zařízení, klient či státní zástupce. Od 1.1.2009 soud přezkoumá, zda ochranná léčba splnila svůj účel i bez podání návrhu na přezkoumání (Švarc, 2013).

Mezi hlavní cíle ochranné léčby patří vytvoření náhledu na dané onemocnění pachatele trestného činu, resocializace pachatele a příprava na opětovné zařazení do života, vytvoření motivace pro další léčení, společenská izolace pro nebezpečnost daného pachatele. Režim ústavního oddělení ochranné léčby obsahuje jak prvky pozitivního posilování, tedy pacienti jsou za žádoucí aktivitu odměněni, tak negativního posilování, kdy jsou pacienti za porušení řádu oddělení sankcionováni. Systém hodnocení je bodový. Uplatněna je psychoterapie skupinová i individuální, a také pracovní. Klíčovým faktorem úspěšnosti ochranného léčení se jeví následné doléčování po absolvování ústavní formy ochranného léčení formou ambulantní (Švarc, 2013).

3.2.5. Výzkumy resocializace u osob trpících psychopatií a ASPD

Lidé trpící psychopatií či antisociální poruchou osobnosti (ASPD), přičemž tyto termíny jsou popsány jako konstrukty z určité části překrývající se, avšak v určitých aspektech odlišné (Patrick et al., 2013), jsou považováni za specifickou část populace. Jsou to jedinci, jejichž kriminální chování se může od lidí netrpících touto poruchou osobnosti lišit. Vzhledem k odlišné struktuře osobnosti a odlišným způsobům kriminálního jednání je třeba i resocializační programy pro tyto osobnosti specificky zacílit (Salekin, 2000). Jedinci trpící psychopatií jsou totiž relativně rezistentní vůči resocializačním programům, ačkoliv mohou vykazovat dobré chování naznačující opak (Seto & Barbaree, 1999). Dle Marešové et al. (2011) velká část vězeňské populace trpí antisociální poruchou osobnosti, přičemž padesát procent pachatelů násilných trestných činů zrecidivuje do jednoho roku od propuštění. Z tohoto důvodu je velice důležité nalézat vhodné formy terapeutického působení a zacházení s pachateli násilných trestných činů trpících antisociální poruchou osobnosti. Ve světě existuje mnoho specificky zaměřených terapeuticko-resocializačních programů (McGuire, 2008). Proto je důležité posuzovat efektivitu těchto programů, abychom věděli, které jejich složky a principy přispívají ke snižování rizika recidivy nejvíce. K posouzení efektivitě terapeuticko-resocializačních programů může sloužit právě nástroj HCR-20, jak již bylo nastíněno výše (Belfrage & Douglas, 2002).

Jaká je pravděpodobnost úspěšné resocializace u psychopatických osobností zkoumal Salekin (2000). Tento autor připomíná fakt, že jedinci trpící psychopatií jsou hojně označováni jako lidé těžko resocializovatelní či jako lidé, jejichž osobnostní struktura se resocializačními technikami a programy nedá ovlivnit vůbec. Motivace odborných pracovníků, v rámci šíření tohoto názoru o neschopnosti resocializace psychopatických osobností, pro nacházení nových resocializačních technik, které by byly upraveny právě pro jedince trpící psychopatií, klesá. Shrnutí výsledků 42 studií zabývajících se právě tímto fenoménem však ukázalo, že existuje minimální empirický podklad potvrzující výše uvedené tvrzení. Salekin zmiňuje tři hlavní problémy, které ztěžují výzkumné snahy v oblasti resocializace psychopatických jedinců, a to nejednotnost definice pojmu psychopatie a velké množství různorodých teorií s odlišnými způsoby výkladu tohoto fenoménu, dále je to problematické posouzení etiologie psychopatie a nakonec tento autor zmiňuje fakt, že existuje pouze malé množství studií, které by zkoumaly vztah psychopatie a terapie, natož aby se ještě zabývaly zkoumáním těchto psychopatických jedinců po dané aplikaci resocializačních programů. Většina studií, která byla na toto téma vytvořena, navíc vychází

z psychoanalytického pohledu na psychopatii, což uvozuje určitá teoretická omezení, z nichž vychází i omezení metodologická. V oblasti terapie psychopatických jedinců Salekin (2010) učinil jisté závěry. Terapie lidí trpících psychopatií je účinnější, pokud se jedná obecně o mladší jedince, dále pokud tato terapie trvá rok a déle, pokud je společně se skupinovou terapií začleněna do resocializačního programu i terapie individuální a pokud odborníci pracují i s rodinnými příslušníky psychopatických jedinců. Autor na závěr této meta-analytické studie připomíná nutnost dalšího výzkumu v oblasti resocializace psychopatických jedinců tak, aby byla terapie a další resocializační techniky adekvátně sestaveny právě pro tento jedinečný druh osobnosti.

Warren et al. (2003) se v rámci výroční zprávy ministerstva vnitra zabývali úspěšností resocializačních programů u pachatelů trpících nebezpečnými a závažnými typy poruch osobnosti. Pro účely výzkumu byly nebezpečné a závažné typy poruch osobnosti definovány jako ty, které přispívají k zvýšení pravděpodobnosti spáchání trestného činu. Zahrnuta byla psychopatie, sociopatie a jiné závažné poruchy osobnosti jako např. antisociální porucha osobnosti. Tato meta-analytická studie vychází z výzkumů resocializačních programů u pachatelů trpících nebezpečnými a závažnými typy poruch osobnosti realizovaných v letech 1992 - 2002. Dostupná literatura byla zkoumána systematicky. Autoři nakonec zařadili do výzkumu 117 relevantních studií, v jejichž rámci byly resocializační intervence rozděleny do následujících kategorií - farmakologické, fyzické, terapeutické komunity, kognitivně-behaviorální terapie (KBT), dialektická behaviorální terapie (DBT), kognitivně-analytická terapie a psychodynamická terapie. Autoři shrnují, že ačkoliv je většina studií dle svých výsledků pozitivní, tudíž považují jednotlivé přístupy za efektivní, jejich metodologie skýtá četné nedostatky, z čehož autoři usuzují, že většina resocializačních programů, ať už jakéhokoliv zaměření, nemá doložitelné výsledky svědčící o efektivitě, co se týče resocializace pachatelů trpících nebezpečným či závažným typem poruch osobnosti. Studie, v nichž bylo pracováno s nebezpečnějšími pachateli, navíc vykazují větší metodologické nedostatky nežli studie s pachateli, kteří se nachází ve forenzním zařízení nižšího stupně ostrahy. Nejspolehlivější evidence efektivity resocializačních programů byla nalezena u modelu terapeutických komunit. Tento model přispívá ke snižování recidivy i sedm let po propuštění pachatelů. Jistá efektivita byla prokázána i u KBT modelu, především však u pachatelů z věznic s nižším stupněm dozoru. Model DBT byl označen jako efektivní u ženské forenzní populace. Pro zobecnění závěrů ohledně psychodynamicky orientovaných modelů bylo realizováno malé množství studií s probandy, kteří by trpěli nebezpečnou či závažnou

poruchou osobnosti, ačkoliv jako efektivní se zdají být tyto modely u pachatelů trpících hraniční poruchou osobnosti. Velké metodologické nedostatky byly nalezeny především ve studiích, kde byl použit farmakologický model. Nedodržen byl náhodný výběr probandů, reprezentativita vzorku či dostatečná délka trvání výzkumu. Studie navíc referovaly pouze o průměrné efektivitě farmakologických modelů resocializačních programů. Zobecnit závěry nemohli autoři ani u studií fyzických modelů resocializačních programů opět z důvodu malého množství těchto výzkumů. Nebylo prokázáno, že by nějaký z uvedených modelů byl efektivní v rámci resocializace jak u mužského, tak u ženského pohlaví.

EMPIRICKÁ ČÁST

4. Výzkumný projekt a jeho charakteristika

Jak již bylo zmíněno v části teoretické, posuzování rizika spáchání trestného činu a zhodnocení nebezpečnosti pachatelů je pro společnost i pro daného jednotlivce velice důležité. V zahraničí lze zaznamenat snahu o jednotnost v posuzování rizika recidivy pachatelů a zároveň určitý vývoj v této oblasti. Jsou vytvářeny nové nástroje, které se snaží zohlednit jak statické, tak dynamické faktory rizika recidivy. Jeden z hojně v zahraničí užívaných nástrojů pro posuzování rizika recidivy pachatelů a pro zhodnocení efektivity terapeuticko-resocializačních programů je HCR-20, jak již bylo nastíněno v teoretické části této rigorózní práce. Empirickým ověřováním HCR-20 se zabývali například Belfrage a Douglas (2002). Vzhledem k nedostatku výzkumů a informací o HCR-20 (V3) v České republice, jsem se rozhodla navázat rigorózní práci na svou diplomovou práci rozvinutím poznatků o této metodě, konkrétně zaměřením se na užití HCR-20 (V3) jako na nástroj pro měření efektivity resocializačních programů. Hypotéza užití nástrojů měřících riziko recidivy ke zhodnocení efektivity terapeuticko-resocializačních programů je hojně podpořena zahraničními výzkumy, např. Vitacco et al., 2009; Olver et al., 2011. Dále změřím předpokládané změny hodnot u klinických položek a u položek zvládání rizik nástroje HCR-20 (V3) u pacientů s postupem aplikované léčby. Dále bude na třech kazuistikách kvalitativně ukázáno vyhodnocení rizika recidivy dle HCR-20 (V3) a v závěru následné vytvoření resocializačních návrhů v profilech pacientů daných změnami hodnot položek HCR-20 (V3) po absolvování přibližně pětíměsíčního ochranného léčení.

4.1. Cíle výzkumu a výzkumné předpoklady

V teoretické části byly ozřejmeny především rizikové, ale i protektivní faktory významně se vztahující k násilné recidivě. Na jednotlivých výzkumech byly popsány vzájemné vztahy vybraných rizikových faktorů dominujících ve výzkumném souboru dané studie a míry rizika násilné recidivy. Dále byly uvedeny jednotlivé nástroje posuzující nebezpečnost pachatelů a výzkumy, které se ověřováním těchto metod zabývaly. Tato práce si tedy klade za cíl navázat na linii výzkumů ověřujících právě HCR-20, nástroj na posuzování nebezpečnosti pachatelů, v českých podmínkách jako nástroj posuzující efektivitu

terapeuticko-resocializačního programu s důsledkem pro praktické resocializační léčebné návrhy.

Prvním hlavním cílem tedy bude:

- navázat na diplomovou práci, která seznamovala obecně s užitím daného nástroje, a to ukázkou užití HCR-20 (V3) jako nástroje na měření efektivity a účinnosti terapeutického resocializačního programu, konkrétněji výkonu ochranného léčení v PN Bohnice. Přičemž tento cíl bude mít **několik podcílů**:
 - představení způsobu a podmínek užití nástroje HCR-20 (V3),
 - subjektivní posouzení výhod a nevýhod této metody.

Druhým hlavním cílem bude:

- popsání tří kazuistik probandů za účelem demonstrace užívání HCR-20 (V3) s praktickým dopadem na úpravy resocializačních návrhů – zaměření se na určité faktory, které jsou důležité právě pro daného jedince dle HCR-20 (V3) v rámci ochranného léčení v PNB.

Podcíle 2. hlavního cíle budou:

- konkrétní vyhodnocení přítomnosti 20 rizikových faktorů dle HCR-20 (V3) na základě semistrukturovaného rozhovoru a dostupné dokumentace v PN Bohnice,
- zhodnocení relevance všech rizikových faktorů v rámci spáchání daného násilného trestného činu,
- formulování rizika dalšího možného násilného jednání ve formě scénářů, na něž budou navazovat potencionální řídicí strategie,
- formulace závěrečných rozhodnutí a shrnutí daných kazuistik.

Porovnání tří kazuistik bylo zvoleno s cílem poukázat na rozdíly v hodnocení pacientů s nařízenou psychiatrickou léčbou, s nařízenou protialkoholní a protitoxikomanickou léčbou a s nařízenou sexuologickou léčbou. Dále budou nastíněny těžkosti při hodnocení rizika recidivy pacientů s nařízenou sexuologickou léčbou pomocí HCR-20 (V3), jež nezahrnuje parafilii jako rizikový faktor recidivy. Mezi výstupy práce bude zahrnut popis charakteristik hodnocené osoby, nutných k vyhodnocení a posouzení rizika násilné recidivy dle HCR-20 (V3) a navržena budou další opatření dle manuálu této metody.

Třetím hlavním cílem bude:

- ověření hypotézy, jež byla prokázána v zahraničních výzkumech, a to, že s postupem léčby hodnota klinických položek a položek zvládání rizik metody HCR-20 klesá a že zkoumání rizika recidivy přispívá k procesu zefektivnění terapeuticko-resocializačního programu (Belfrage & Douglas, 2002; Olver et al., 2011; Vitacco et al., 2009). Zkoumání procesu zefektivnění terapeuticko-resocializačního programu bude realizováno jak pro jednotlivé pacienty, tak pro typy nařízených ochranných léčeb.

Shrnutím, cílem je tedy vymezit užití tohoto nástroje a jeho subjektivní zhodnocení, demonstrovat kazuistické užití nástroje a ověřit, zda klinické položky a položky zvládání rizik po aplikaci terapeuticko-resocializačního programu, zde ochranného léčení, klesají a zda jejich zkoumání přispívá k zefektivnění terapeuticko-resocializačního programu nejen z hlediska jednotlivých pacientů, ale i z hlediska typu nařízené ochranné léčby.

4.2. Výběr vzorku

Výzkumný soubor se skládal z 21 mužských pacientů Psychiatrické nemocnice Bohnice z pavilónu 17- ochranná léčba protitoxikomanická, protialkoholní a psychiatrická a z pavilónu 5- ochranná sexuologická léčba. Vzorek pacientů byl konkrétněji tvořen 11 pacienty z pavilónu 17 a 10 pacienty z pavilónu 5. Probandi byli navrhováni do výzkumu na základě doporučení primáře MUDr. Jiřího Švarce, PhD. na pavilónech 5 a 17 PL Bohnice. Vybraní pacienti z pavilónu 17 nastoupili ochrannou léčbu v druhé polovině roku 2012 a pacienti z pavilónu 5 začali plnit ústavní OL v druhé polovině roku 2011. Pro výběr probandů byla zvolena metoda záměrného výběru dle následujících kritérií:

- byli starší 18 let,
- spáchali alespoň jeden násilný trestný čin dle definice násilí v manuálu HCR-20 (V3), jež je uvedena výše v teoretické části této práce,
- byli schopni vzhledem ke stavu kognitivních funkcí a k jejich aktuálnímu psychickému stavu absolvovat pohovor v délce 120 minut vzhledem k možné přítomnosti aktivních symptomů závažné psychické poruchy.

Vzorek měl dále následující charakteristiky:

- probandi byli mužského pohlaví
- a bylo jim soudně nařízeno ústavní ochranné léčení.

Pro tyto charakteristiky jsem se rozhodla z důvodu dostupnosti tohoto vzorku.

Před začátkem výzkumu jsem probandy informovala o účelech a průběhu výzkumu. Zároveň byl zajištěn jak písemný, tak ústní informovaný souhlas se zpracováním osobních dat. Z 22 oslovených pacientů splňujících výše uvedená kritéria, dalo souhlas ke zpracování svých osobních dat a k provedení semistrukturovaného interview 21 pacientů. V diskusi jsou pak zmíněny limity tohoto výzkumu z hlediska náhodnosti výběru zkoumaného vzorku.

4.3. Charakteristika výzkumného souboru

Pro větší názornost je výzkumný soubor níže popsán dle vybraných znaků slovně i graficky.

4.3.1. Věkové rozložení

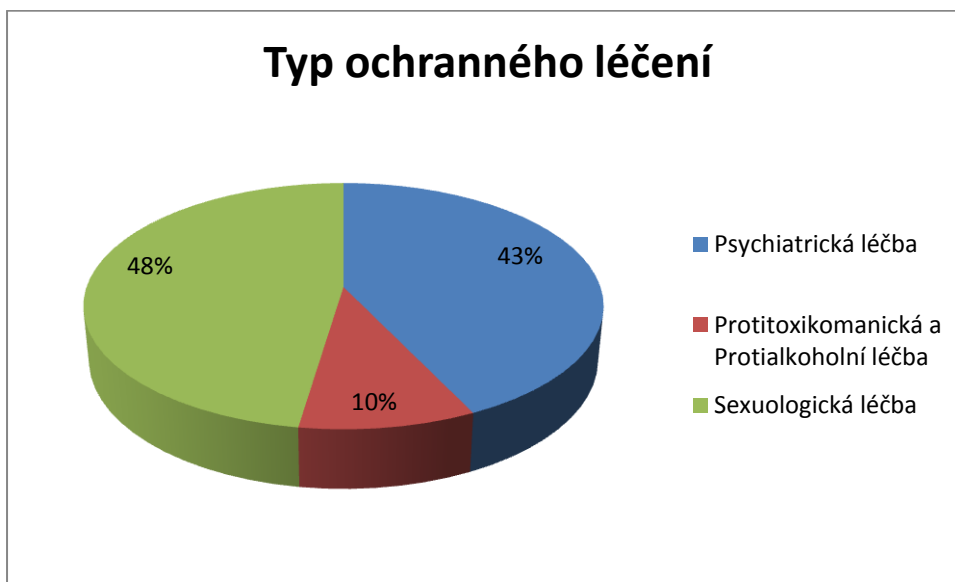
Pacienti byli všichni mužského pohlaví a byli věkově rozloženi od 21 do 63 let věku, přičemž průměrný věk probandů byl přibližně 37 let. Medián souboru byl 37 a modus byl 38. Nejpočetnější skupinou byli pacienti ve věku 35-39 let, kteří tvořili 38% vzorku a nejméně početnou skupinou byly 45-54 letí probandi, ti se ve vzorku nenacházeli vůbec. Pro větší přehlednost věkového rozložení vzorku uvádím níže Tabulku č. 4.

Věkové rozložení	Počet probandů
18-24 let	2
25-29 let	1
30-34 let	4
35-39 let	8
40-44 let	4
45-49 let	0
50-54 let	0
55-59 let	1
60-64 let	1
Průměr	36,82
Medián	37
Modus	38

Tabulka č. 4 Věkové rozložení probandů

4.3.2. Typ ochranného léčení

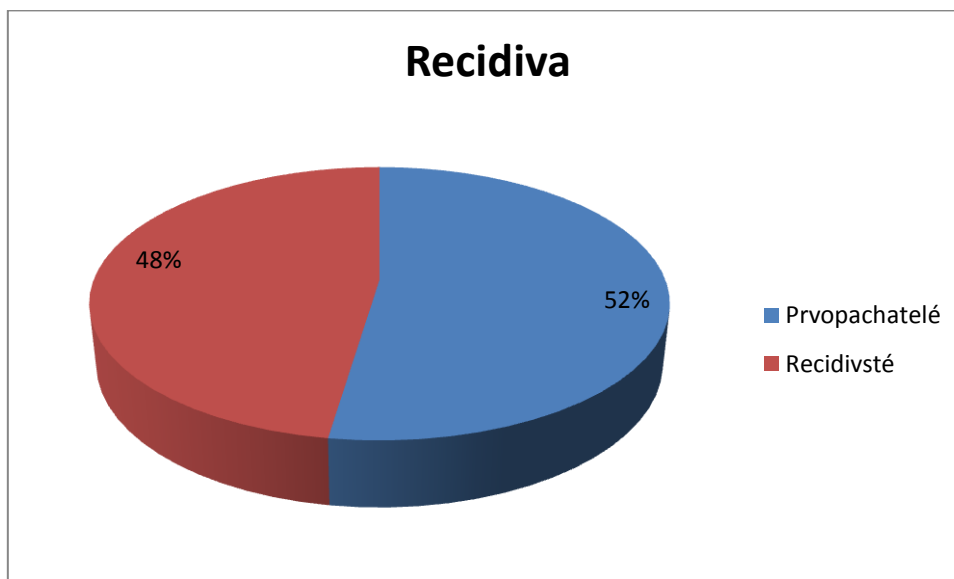
9 probandům z pavilónu 17 byla nařízena ochranná psychiatrická léčba a 2 pacientům byla nařízena ochranná léčba protitoxikomanická a protialkoholní. Všichni zkoumaní pacienti z pavilónu 5 v době vyšetření podstupovali léčbu sexuologickou.



Graf č. 1 Typ ochranného léčení

4.3.3. Recidiva

Probandi byli rozděleni na prvopachatele a na recidivisty. Prvopachatelství je zde definováno jako spáchání prvního násilného trestného činu, přičemž za násilný trestný čin je zde považováno poškození jak fyzického, tak psychického stavu oběti (Douglas et al., 2013). V této skupině se nacházelo 11 probandů. Druhou skupinou jsou pak recidivisté, kterých bylo 10, jež jsou definováni jako lidé, v minulosti mařící výkon ochranného léčení ústavního či mařící výkon trestu odnětí svobody.



Graf č. 2 Recidiva

4.3.4. Typ násilného trestného činu

Všichni probandi spáchali násilný trestný čin dle definice násilí v manuálu HCR-20 (V3), která je nastíněna výše. Nejčastějším proviněním bylo pohlavní zneužití, které se vyskytlo 8 krát a vražda, jež byla zaznamenána 5 krát. Třetím nejčastějším trestným činem bylo výtržnictví, jež se vyskytlo 3 krát. Dvakrát se ve zkoumaném vzorku vyskytla nedovolená výroba a jiné nakládání s omamnými a psychotropními látkami a s jedy, svádění k pohlavnímu styku, vydírání, znásilnění, ohrožování výchovy dítěte a týrání osoby žijící ve společném obydlí. Po jednom se pak vyskytly trestné činy těžké ublížení na zdraví, porušování domovní svobody, nebezpečné vyhrožování, soulož mezi příbuznými, pokus o vraždu, krádež, loupež, poškození cizí věci, šíření pornografie, zneužití dítěte k výrobě pornografie, nedovolená výroba a držení jaderného materiálu a zvláštního štěpného materiálu, udávání padělaných a pozměněných peněz, omezování osobní svobody, pokus o znásilnění, násilí proti orgánu veřejné moci, založení, podpora a propagace hnutí směřujícího k potlačení práv a svobod člověka a šíření poplašné zprávy. Grafické znázornění všech trestných činů, které se v anamnéze probandů objevily, je k nalezení v níže uvedené tabulce.



Graf č. 3 Typ násilného trestného činu

4.4. Postup výzkumu

Níže bude tedy konkrétně provedeno přeměření rizika recidivy pacientů po absolvování přibližně pěti měsíců ochranného léčení. Jak již bylo prokázáno v zahraničních výzkumech, dané hodnoty by měly v rámci absolvování efektivního terapeuticko-resocializačního programu klesat (Belfrage & Douglas, 2002). Pětiměsíční rozestup mezi měřeními byl zvolen proto, že již po této době lze očekávat pozitivní terapeutické změny v osobnostních projevech terapeutizovaných jedinců, jak to dokazuje terapeutická praxe. Minimální doba, po níž je předpokládána pozitivní léčebná změna v rámci absolvování ochranného léčení v PNB je přibližně onich pět měsíců, což dokládá i fakt, že je to nejkratší doba, po kterou většinou ochranné léčení v PNB trvá, avšak žádná doba maximální či minimální pro trvání ochranného léčení určena není. Ochranné léčení trvá, dokud není naplněn jeho účel. Předpokládanou terapeutickou změnu po pěti měsících dokládají i zahraniční autoři, např. Buning, Van Brusel a Van Santen (1992). Dále bude na třech kazuistikách ukázán způsob práce s daným nástrojem a možný dopad změn hodnot klinických položek a položek řízení rizika nástroje HCR-20 (V3) v profilech pacientů po absolvování pětiměsíčního ochranného léčení na možnost zaměření se na specifické rizikové faktory u daných jednotlivců pro větší specifitu léčby, která by měla přispět k procesu zefektivnění terapeuticko-léčebného programu.

Abych předešla nepřesnému užívání tohoto nástroje, rozhodla jsem se absolvovat školení zaměřené na posuzování nebezpečnosti v průběhu života pachatele, konkrétně na

využití nástrojů HCR-20 (V3) a SAVRY, což je také nástroj na posuzování nebezpečnosti, ale pro adolescentní populaci. Tento výcvik „Violence Risk Assessment Across The Lifespan“, vedený forenzními psycholožkami Professor Jane. L. Ireland a Dr. Carol. A. Ireland, byl pořádán v Boltonu Mezinárodní organizací forenzních odborníků Spojeného království Velké Británie a Severního Irska. Trénink obsahoval zaškolení v porozumění fenoménu násilí a představení teorií, které vysvětlují vznik násilí, dále zaškolení v oblasti posuzování nebezpečnosti, představení nástrojů HCR-20 (3. verze) a SAVRY. V neposlední řadě obsahoval seminář posouzení nebezpečnosti na kazuistických případech nástroji SAVRY, HCR-20 (V3), V-RAG a formulaci rizik pomocí nástroje SORC. Při posuzování nebezpečnosti pachatelů je důležité nejen mít zkušenosti s touto problematikou, ale i mít znalosti, jak s metodami, které mohou sjednotit proces posuzování nebezpečnosti a zavést v něm určitou strukturu, zacházet. Toto byl tedy jeden z hlavních důvodů, proč jsem se rozhodla výše uvedený kurz absolvovat a být tak prozatím jedinou osobou v České republice, která se tohoto školení na užívání HCR-20 (V3) aktivně zúčastnila. Nesmím však zapomenout zmínit, že na užívání druhé verze HCR-20 je vyškolen psychiatr Jan Vevera, který mi absolvování kurzu doporučil.

Jako užité metody pro vyhodnocení rizikových faktorů dle HCR-20 (V3) pro posouzení rizika recidivy pachatelů byly užity jak informace získané z dostupné dokumentace o pacientech v PN Bohnice, tak informace získané z polostrukturovaných rozhovorů a z pozorování, ale i informace dostupné od personálu v PN Bohnice. Nejprve bylo provedeno první měření přítomnosti a relevance hodnot položek HCR-20 (V3), jimiž bylo zaznamenáno posouzení rizika recidivy daných pacientů. Test HCR-20 (V3) byl při prvním měření vyhodnocen na základě veškeré dostupné dokumentace, jak elektronické, tak listinné, dále na základě polostrukturovaného interview a na základě informací od zdravotnického personálu. Po absolvování přibližně pěti měsíců ochranné léčby bylo riziko recidivy změřeno u stejných probandů znovu, avšak pouze na základě dostupné elektronické i listinné dokumentace a na základě informací od zdravotnického personálu. Data byla, se zaměřením na změny v hodnotách položek HCR-20 (V3), vyhodnocena a dále zpracována. Realizace opětovného rozhovoru s posuzovaným probandem nebyla pro vyhodnocení HCR-20 (V3) podmínkou (Douglas et al., 2013). V kvantitativní části výzkumu byl pro větší přehlednost v tabulkách použit skórovací systém z druhé verze nástroje HCR-20, tedy pokud byl faktor přítomen (A), byl označen 2, pokud byl přítomen pouze částečně (Č), byl zapsán 1 bod, a když přítomen nebyl vůbec (N), byla zapsána 0.

4.4.1. Shromáždění a analýza dat

HCR-V3 Historical Clinical Risk Management (Version 3)

K posuzování nebezpečnosti pachatele jsem vybrala nástroj HCR-20, konkrétně jeho nejnovější verzi HCR-20 (V3), na jejíž užívání jsem vyškolená, jak je již zmíněno výše. Katalog HCR-20 (V3) zde byl volně přeložen z jazyka anglického do jazyka českého autorkou této rigorózní práce. Tento nástroj jsem zakoupila od firmy Proactive Resolutions včetně pracovních listů a samozřejmě manuálu. Podrobnější popis nástroje je uveden v teoretické části této rigorózní práce v kapitole Predikční nástroje kriminálního chování.

Aby mohlo být riziko recidivy u daných probandů dle nástroje HCR-20 (V3) posouzeno, muselo proběhnout shromáždění dat a jejich následná analýza. Data byla sesbírána z dostupné dokumentace, z rozhovorů a z pozorování. Jak daný postup probíhal je podrobně popsáno níže.

Dostupná dokumentace

Pro posouzení rizika recidivy pachatelů je nutný zisk veškeré dostupné dokumentace o vyšetřovaných osobách jako objektivního materiálu pro vyhodnocení výsledků. Proto jsem u každého pacienta prostudovala chorobopis, anamnézy, psychiatrická a psychologická vyšetření, rozsudky a další s posuzovanou osobou související dostupné materiály. Využila jsem jak elektronickou, tak listinnou dokumentaci. Prostudování veškerých materiálů jednoho probanda trvalo přibližně 90-120 minut v závislosti na množství dostupných informací.

Rozhovor

Rozhovor je základní klinicko-psychologickou metodou, která nemohla být v tomto výzkumu vynechána. Aby byly informace získané z dostupné dokumentace doplněné o interakci s posuzovaným a o jeho vlastní výklad jeho životní historie, byl tedy s každým pacientem realizován polostrukturovaný rozhovor tak, aby bylo možno provést první hodnocení rizika recidivy pomocí HCR-20 (V3) u daných pacientů. Daná interview proběhla v prostorách klidných místností pavilónu 5 a 17 PN Bohnice. Polostrukturovaný rozhovor byl zvolen proto, že umožňoval jak udržení linie pro zjištění základních faktů pro vyplnění HCR-20, tak umožnil doplňující individuální otázky, které přispěly k pochopení celého příběhu jednotlivce. Rozhovor obsahoval otázky mapující rodinnou, sociální i osobní anamnézu tak,

aby byly pokryty informace týkající se 20 posuzovaných faktorů nástroje HCR-20 (V3) a jeho struktura byla inspirována strukturou metody pro posuzování psychopatie PCL-R, která byla vyvinuta Robertem D. Hare, kanadským výzkumníkem v oblasti forenzní psychologie. Některé otázky sestavené pro zjištění škály psychopatie odpovídají otázkám pro zjištění položek HCR-20 (V3). Nemůžeme však říci, že by tyto dva testy byly totožné či se významným způsobem překrývaly. Délka rozhovoru se lišila dle otevřenosti pacienta od 60 minut do 120 minut. HCR-20 (V3) však nemůže být vyplněno pouze na základě rozhovoru z důvodu možné až už záměrné či nezáměrné misinterpretace informací pacientem. Je tedy doporučeno uplatnit jak informace dostupné z dokumentace, tak i rozhovor s probandem, přičemž informace získané z interview je třeba ověřit z dostupné dokumentace. Nicméně autoři zmiňují možnost posouzení rizika recidivy pachatele i pouze z dostupné dokumentace, není však možné užít opačný postup, a to vyhodnotit data z HCR-20 (V3) pouze na základě interview s pacientem z důvodu, až už záměrné, či mimovolní misinterpretace dat (Douglas et al., 2013).

Pozorování

Při semistrukturovaném rozhovoru jsem samozřejmě uplatnila i pozorování, kdy jsem sledovala celkový projev pacienta a jeho reakce na jednotlivé otázky. Pozorování pacienta, jeho gestiky, mimiky a posturiky, sloužilo k dotvoření si celkového obrazu o posuzovaném jedinci, což je velice důležité, a proto je také pozorování, stejně tak jako rozhovor, považováno za základní klinicko-psychologickou výzkumnou metodu (Mulhall, 2003).

4.5. Postup sběru dat

Po domluvě spolupráce s primářem pavilónů 5 a 17 MUDr. Jiřím Švarcem, PhD. byli dle výše uvedených kritérií a charakteristik souboru primářem Švarcem a dalším personálem vybráni pacienti, vhodní pro výzkum. Poté proběhlo před prvním posouzením rizika recidivy pacientů seznámení se s účelem a průběhem výzkumu na ranní komunitě a přihlásili se pacienti, kteří měli zájem o spolupráci. V průběhu mého působení v psychiatrické nemocnici se pacienti postupně dohlašovali. Dobrovolníci mi poskytli souhlas písemný i ústní se zpracováním osobních dat a s nahlédnutím do veškeré přístupné dokumentace. Byli ubezpečeni o anonymitě výzkumu a upozorněni, že rozhovor bude nahráván na diktafon. Rozhovoru tedy předcházelo prostudování veškeré dostupné dokumentace. Interview probíhalo v uzavřených prostorách tak, aby nedocházelo k narušení soukromí. Přítomna jsem

byla já jako vyšetřující osoba a proband. Po skončení interview jsem získaná data doma vyhodnotila a oškalovala přítomnost a relevanci rizikových faktorů u 20 položek HCR-20 (V3) u každého posuzovaného jedince. Relevance faktorů pak byla jistým zhodnocením, zda byl určitý faktor kritický pro vytvoření strategie řízení rizik u daného případu a zároveň pro určení, zda se daný faktor určitým způsobem podílel na spáchání násilného trestného činu hodnoceným pachatelem (Douglas et al., 2013).

Poté jsem přibližně po roce na základě dostupné elektronické i listinné dokumentace a na základě informací od zdravotnického personálu retrospektivně zhodnotila, u těch samých probandů vybraných před rokem pro daný výzkum, riziko recidivy opět oškálováním případné přítomnosti a relevance rizikových faktorů u 20 položek HCR-20 (V3). Zhodnocení rizika recidivy se vztahovalo k datům sepsaným od období prvního měření rizika recidivy probandů do období přibližně pěti měsíců od tohoto měření. Po sběru dat mohla být následně zhodnocena efektivita aplikovaného ochranného léčení a kvalitativní změny, jež se udály v rámci osobnostních projevů probandů patrných ve změnách hodnot položek HCR-20 (V3).

5. Zpracování dat

Z důvodu efektivnější názornosti ukázky práce s metodou HCR-20 (V3) jsem zvolila nejprve ukázkou kvalitativního postupu při vyhodnocování rizika recidivy podle katalogu HCR-20 (V3). Poté, co čtenář získá znalosti ohledně konkrétního zacházení s danou metodou, bude pro něj snazší si představit kvantitativní zpracování sesbíraných dat v tomto výzkumu.

5.1. Kvalitativní zpracování dat

Nejprve uvádím kvalitativní zpracování dat, protože je vhodné nejdříve porozumět postupu, jak katalog pro posuzování rizika recidivy HCR-20 (V3) funguje, jak se s ním zachází a až poté je možné, dle mého názoru, se zamýšlet nad změnami hodnot v daném testu, které mohou sloužit k vytvoření následných resocializačních doporučení, jež by příp. mohla být zobecněna. Pro dokreslení celkové problematiky hodnocení rizika recidivy pomocí nástroje HCR-20 (V3) jsem tedy v kvalitativní části výzkumu zvolila hlubší analýzu formou kazuistik. Tyto kazuistiky by měly sloužit k bližší specifikaci zacházení s nástrojem HCR-20 (V3) při různých psychiatrických diagnózách posuzovaných pacientů, ať už psychiatrických, mezi něž můžeme zařadit i pacienty závislé na psychoaktivních látkách, či sexuologických.

5.1.1 Kazuistiky a způsob vyhodnocení HCR (V3)

Níže budou uvedeny tři kazuistiky pacientů z PN Bohnice, jejichž identita zůstane skryta. Na základě HCR-20 (V3) tedy bude posouzeno riziko násilné recidivy u pana Michala, u pana Adama a u pana Josefa, přičemž prvnímu probandovi byla nařízena ochranná léčba psychiatrická, panu Adamovi byla nařízena ochranná léčba sexuologická a panu Josefovi byla nařízena ochranná léčba protitoxikomanická a protialkoholní. Probandi s odlišnou nařízenou ochrannou léčbou byli zvoleni z důvodu demonstrace hodnocení nebezpečnosti pomocí HCR-20 (V3) u rozdílných charakteristik probandů. HCR-20 (V3) nezahrnuje parafilii jako rizikový faktor recidivy, ale psychóza a užívání návykových látek jsou autory HCR-20 (V3) označeny jako rizikový faktor recidivy. Výzkumy však dokazují, že i parafilie je kriminogenním faktorem recidivy (Quinsey et al., 1998). Z tohoto důvodu budou uvedeny kazuistiky tři.

Relevantní informace k posouzení rizika násilné recidivy pana Michala, pana Adama a pana Josefa budou popsány v kapitole níže Výsledky a jejich interpretace. U obou probandů bude vyhodnocena přítomnost dvaceti rizikových faktorů HCR-20 (V3) na škále historické, klinické a řízení rizik a poté bude posouzena jejich relevance. Budou navrženy tři nejpravděpodobnější scénáře s násilnou recidivou a určena bude i strategie řízení rizik možné

násilné recidivy. Dále bude podáno celkové hodnocení pacientů v oblasti posouzení rizika recidivy. Z níže uvedeného postupu autorky je popsán celkový způsob zacházení s metodou HCR-20 (V3).

5.2. Kvantitativní zpracování dat

Níže budou měřeny změny hodnot rizika recidivy po absolvování přibližně 5 měsíců ochranného léčení, které by měly vyústit ve specifikaci následných terapeuticko-resocializačních doporučení.

5.2.1 Efektivita terapeuticko-resocializačního programu a důsledky změn pro resocializaci

Zde bude pomocí změny klinických položek a položek řízení rizik HCR-20 (V3) při druhém měření rizika recidivy u 21 probandů podstoupivších nařízenou ochrannou léčbu psychiatrickou, sexuologickou, protitoxikomanickou či protialkoholní v porovnání s prvním měřením rizika recidivy, přičemž časový rozptyl mezi oběma měřeními je přibližně 5 měsíců, měřena efektivita ochranné léčby. Kvalitativně budou posouzeny změny především v klinických položkách a v položkách řízení rizik HCR-20 (V3), z nichž pak bude možné se specifiktěji zaměřit na určitá doporučení pro efektivnější resocializaci pacientů. Jak již bylo prokázáno v zahraničních výzkumech, dané hodnoty by měly po absolvování efektivního terapeuticko-resocializačního programu klesat, např. Belfrage & Douglas (2002), tudíž zde bude podán následující přehled změn měřený pomocí HCR-20 (V3).

6. Výsledky a interpretace

6.1. Kvalitativní část - kazuistiky a způsob vyhodnocení HCR-20 (V3)

Níže jsou uvedeny informace z dokumentace, od zdravotnického personálu a z interview s panem Michalem, s panem Adamem a s panem Josefem nutné k posouzení rizika násilné recidivy pomocí katalogu HCR-20 (V3). Informace, včetně jména, o panu Michalovi, panu Adamovi a panu Josefovi byly pozměněny tak, aby byla zachována jejich anonymita. Údaje jsou rozčleněny do jednotlivých kategorií proto, aby bylo pro čtenáře snazší pochopit důvody skórování přítomnosti a relevance rizikových faktorů právě u těchto jednotlivých kazuistik. Jinak se spíše můžeme setkat s ucelenými psychologickými posudky, kde jsou informace sumarizovány, nikoliv však takto rozčleněny. Pro větší srozumitelnost jsou ještě navíc kazuistiky rozčleněny po jednotlivých probandech, přičemž v rámci každé kazuistiky je, jak již bylo zmíněno výše, text rozřazen do jednotlivých subkapitol tak, aby bylo snazší pro čtenáře pochopit důvody skórování přítomnosti a relevance faktorů rizika recidivy dle katalogu HCR-20 (V3).

6.1.1. Pan Michal

Informace dostupné z dokumentace

Diagnóza základní: F20.0 Paranoidní schizofrenie

Diagnóza vedlejší: Aktuálně závislost na pervitinu, subutexu, anamnesticky F19.2 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek - syndrom závislosti – aktuálně preference AMF, THC, subutexu a heroinu.

Rodinná anamnéza: Otec matky suicidoval, jinou psychohereditu neguje.

Osobní anamnéza: S ničím se neléčí, neguje operace i závažnější úrazy a bezvědomí.

Abúzus: Již v adolescenci požívání četného množství návykových látek. Anamnesticky závislý na alkoholu a na pervitinu. Polymorfní závislost, akt. se snaží abstinovat, ale přítomné četné recidivy na vycházkách. Nikotinismus – 40 cig. denně.

Vztahy: Čtyři dlouhodobé vztahy provázené závislostmi na psychotropních látkách a užíváním násilí.

Pracovní a školská anamnéza: Pracoval jako kuchař, vystudoval gymnázium, 2 semestry na FF UK, nástavba pro kuchaře, časté výpovědi v zaměstnáních kvůli závislosti na psychotropních látkách.

Delikt: 2012 - neplnění ambulantních podmínek- přeměna ochranné léčby ambulantní na ochrannou léčbu ústavní; 2004 vražda sestřenice.

Akt. hospitalizace: Pátá hospitalizace, nyní od 15.6.2012, momentálně léčbu neplní, na vycházkách opakovaně užil pervitin a intoxikoval se alkoholem, ochranné léčení stále nenaplnilo svůj účel.

Poslední psychologické vyšetření: Přítomen kognitivní deficit, rozložení výkonů v jednotlivých testech svědčí pro schizofrenii, citová oploštělost, nepřiměřené emoční reakce, bizarní úvahy, chudý vnitřní svět, známky chybného vztahu k realitě, inkriminovaný čin motivován bludnými interpretacemi chování sestřenice, onemocnění schizofrenního okruhu aktuálně ve fázi remise, disociální porucha osobnosti, impulzivní rysy.

Rodinné zázemí: Aktuálně je v častém kontaktu s otcem a přítelkyní taktéž závislou na psychotropních látkách, jeden syn – pacient zbaven rodičovských práv.

Násilná ideace: Pacient v poslední době nevykazuje násilnou ideaci ani úmysly.

Informace dostupné z interview před 1. měřením rizika recidivy

Data získaná z polostrukturovaného rozhovoru byla z důvodu přehlednosti a názornějšího úkazu práce s nástrojem seřazena dle položek HCR-20 (V3).

Traumatické zážitky: Úmrtí dcery.

Náhled: Pacient si je plně vědom faktu, že trpí duševní poruchou, částečně uznává potřebu léčby, nicméně si myslí, že už splnila svůj účel. Nemá však náhled na riziko možné násilné recidivy.

Sociální služby: Pacient plánuje celoživotně navštěvovat ambulantního psychiatra, nicméně vzhledem k anamnéze a faktu, že neplánuje úplně přestat s užíváním pervitinu, je tato prognóza nejasná.

Životní situace: Pacient plánuje se vrátit do drogové komunity, jinou ani nezná.

Osobní podpora: Podporován otcem a přítelkyní, která je však také závislá na psychotropních látkách.

Reakce na léčbu: Prognóza reakce na léčbu v nejbližším období je nejistá, pacient tvrdí, že chce žít spořádaně a drogy již nebrat, avšak neplánuje upustit od občasného užívání pervitinu.

Stres: Ve zvládání náročných situací nebyl pacient v minulosti příliš úspěšný, dají se tudíž předpokládat jisté problémy v této oblasti, obzvláště očekávám řešení problémů pomocí užívání návykových látek.

Vyhodnocení přítomnosti a relevance faktorů dle HCR-20 (V3)

Níže v tabulce je znázorněno vyhodnocení přítomnosti a relevance faktorů HCR-20 (V3) v rámci hodnocení rizika recidivy u pana Michala. Skórování přítomnosti a relevance faktorů je označeno „A“ – pokud byl daný faktor přítomen či se jevil jako relevantní v dané kazuistice. Když byl pouze částečně či pravděpodobně přítomen nebo byl v dané kazuistice pouze částečně relevantní, bylo užito označení „Č“. Pokud faktor přítomen nebyl nebo nebyl v daném případě relevantní, popsán byl jako „N“. Poslední variantou hodnocení bylo „OMITTED“, což znamenalo, že daný faktor nemohl být za určitých podmínek hodnocen. První hodnota je hodnotou rizika recidivy a za lomítkem je znázorněno hodnocení rizika recidivy u pana Michala po absolvování přibližně pětíměsíčního ochranného léčení.

	HCR-20 (V3)		
Historické položky (minulost)	Jméno: Michal	PŘÍTOMNOST FAKTORŮ	RELEVANCE FAKTORŮ
H1.	Násilí (Violence)	A/ A	A/ A
a.	Jako dítě (12 let a méně)	N/N	
b.	Jako adolescent (13-17 let)	A/A	
c.	Jako dospělý (18 let a více)	A/A	
H2.	Další antisociální chování (Other Antisocial Behavior)	A/ A	Č/Č
a.	Jako dítě (12 let a méně)	N/N	
b.	Jako adolescent (13-17 let)	Č/Č	
c.	Jako dospělý (18 let a více)	A/A	
H3.	Vztahy (Relationships)	A/A	A/A
a.	Intimní	A/A	
b.	Neintimní	A/A	
H4.	Zaměstnání (Employment)	A/A	N/N
H5.	Užívání návykových látek (Substance Use)	A/A	A/A
H6.	Závažné duševní nemoci (Major Mental Disorder)	A/A	A/A
a.	Psychózy	A/A	
b.	Závažné poruchy nálady	N/N	

c.	Poruchy primárně poškozující intelekt, exekutivní funkce a/nebo sociální/interpersonální fungování	N/N	
H7.	Porucha osobnosti (Personality Disorder)	A/A	Č/Č
a.	Antisociální či psychopatická	A/A	
b.	Další	N/N	
H8.	Traumatické zážitky (Traumatic Experiences)	Č/Č	Č/Č
a.	Viktimizace/trauma	Č/Č	
b.	Špatná výchova/péče	N/N	
H9.	Násilné postoje (Violent Attitudes)	A/A	A/A
H10.	Reakce na léčbu či supervizi (Treatment or Supervision Response)	A/A	A/A
Další historické rizikové faktory (Other Historical Risk factor(s))	/	/	/
Klinické položky (současnost)			
C1.	Náhled (Insight)	A/A	A/A
a.	Na duševní poruchu	N/Č	
b.	Na riziko násilí	A/A	
c.	Na potřebu léčby	Č/Č	
C2.	Násilná ideace či úmysl (Violent Ideation or Intent)	N/N	N/N
C3.	Aktivní symptomy závažné duševní poruchy (Symptoms of Major Mental Illness)	Č/Č	A/A
a.	Psychózy	Č/Č	
b.	Závažné poruchy nálady	OMITTED/OM.	
c.	Poruchy primárně poškozující intelekt, exekutivní funkce a/nebo sociální/interpersonální fungování	OMITTED/OM.	
C4.	Nestálost (Instability)	A/A	Č/Č
a.	Afektivní	A/A	
b.	Behaviorální	A/A	
c.	Kognitivní	A/A	
C5.	Reakce na léčbu či supervizi (Treatment or Supervision Response)	A/A	A/A

	Response)		
a.	Dodržování	A/A	
b.	Vnímavost	Č/A	
Další klinické rizikové faktory (Other Clinical Risk factor(s))	/	/	/
Zvládání rizik (budoucnost)			
R1.	Sociální a zdravotnické služby a jejich programy (Professional Services)	Č/Č	A/A
R2.	Životní situace (Living situation)	A/N	A/N
R3.	Osobní podpora (Personal Support)	Č/Č	A/A
R4.	Reakce na léčbu či supervizi (Treatment or Supervision Response)	Č/Č	Č/A
a.	Dodržování	Č/Č	
b.	Vnímavost	Č/Č	
R5.	Stres či zvládání (Stress or Coping)	A/A	A/A
Další rizikové faktory řízení rizik (Other Risk Management Risk factor(s))	/	/	/

Tab. č. 5 První i druhé měření rizika recidivy u pana Michala dle HCR-20 (V3)

Změny v hodnocení rizika recidivy po 5 měsících OL

U pana Michala se vyskytuje velice málo změn mezi prvním měřením rizika recidivy pomocí HCR-20 (V3) a opětovným měřením po absolvování přibližně pětíměsíčního psychiatrického ochranného léčení. Historické položky katalogu HCR-20 (V3) zůstaly, jak je vidět z výše uvedené tabulky, dle předpokladu beze změn. Co se týče klinických položek, vyskytují se v hodnocení dvě menší změny, a to v položce **C1 Náhled**, konkrétně na duševní poruchu, došlo ke zhoršení, co se týče hodnocení rizika recidivy, a to tak, že pan Michal měl již při druhém měření pouze částečný náhled na svou duševní poruchu, na rozdíl od plného náhledu při prvním měření rizika recidivy. Celkově se však položka C1 Náhled nezměnila a je hodnocena jako „Č“, tedy že pacient měl při prvním i při druhém měření rizika recidivy

celkový náhled částečný. Co se týče druhé menší změny subpoložky v oblasti klinických položek, je hodnota subpoložky **C5 Vnímavost** vůči léčbě zvýšena ve významu, že pan Michal byl při prvním měření rizika recidivy vůči léčbě částečně vnímavý, přičemž při druhém měření již vůči léčbě vnímavý nebyl. Avšak opět celková položka C5 Reakce na léčbu či supervizi zůstala od prvního měření rizika recidivy nezměněna, tedy pan Michal byl stále bez pozitivní terapeutické reakce na léčbu. V rámci položek řízení rizik je patrná změna v hodnocení položky **R2 Životní situace**, přičemž při prvním měření rizika recidivy měl pan Michal dluhy a neměl kde bydlet, kdežto nyní již pokročil ve splácení dluhů a má zajištěné bydlení. V rámci prvního měření se tento faktor jevil jako plně relevantní, kdežto při druhém měření již relevantní být nemohl, protože byl hodnocen jako nepřítomen. Menší změna se dále vyskytla v rámci posouzení relevance položky **R4 Reakce na léčbu či supervizi** v blízké budoucnosti. Při prvním měření byl tento faktor hodnocen jako částečně relevantní, kdežto při druhém měření a zároveň hlubším poznání pacienta hodnocen jako plně relevantní pro možné spáchání opětovného násilného trestného činu. Pokud by byl test HCR-20 (V3) vyhodnocován dle manuálu k druhé verzi HCR-20, bylo by hodnocení rizika recidivy číselné. V tomto případě by hodnocení plné přítomnosti faktoru odpovídalo dvěma bodům, hodnocení částečné přítomnosti by bylo nahrazeno jedním bodem a nepřítomnost daného faktoru by byla ohodnocena nulou. Pan Michal by byl dle manuálu pro druhou verzi HCR-20 při prvním měření rizika recidivy ohodnocen celkovým skóre 33 bodů ze 40, což znamená **vysoké riziko recidivy**. Při druhém měření rizika recidivy po absolvování přibližně pěti měsíců psychiatrického ochranného léčení by pan Michal naskóroval 31 bodů ze 40, které také můžeme označit jako vysoké riziko recidivy. Je tedy vidět, že klinické položky se s postupem léčby u pana Michala nezměnily, nicméně položky řízení rizik klesly s postupem léčby o dva body. Pravděpodobnost budoucího násilí byla hodnocena u obou měření u pana Michala jako vysoká. Stejně tak tomu bylo u pravděpodobnosti těžkého ublížení na zdraví. Pravděpodobnost spáchání násilí v blízké budoucnosti byla hodnocena při prvním měření jako vysoká, kdežto při druhém měření byla označena za střední. Nutno na závěr zmínit, že pan Michal je stále podroben psychiatrickému **ochrannému léčení** v PN Bohnice, protože **stále nenaplnilo svůj účel**, jak i potvrdilo hodnocení pomocí nástroje HCR-20 (V3).

Určení scénářů násilné recidivy

Na základě vyhodnocení přítomnosti a relevance rizikových faktorů u pana Michala pak mohly být vytvořeny 3 nejpravděpodobnější scénáře násilné recidivy. Prvním nejpravděpodobnějším scénářem násilné recidivy se jeví násilné jednání v rámci abstinčních příznaků při deficitu psychotropní látky, na níž je posuzovaný závislý. Obětí by nejpravděpodobněji byla současná přítelkyně, která je taktéž závislá na drogách. Spouštěčem pak bude nezvládnutí stresové situace, která se bude nejpravděpodobněji týkat konfliktu s přítelkyní.

Druhým nejpravděpodobnějším scénářem násilné recidivy u tohoto pacienta je rozvinutí schizofrenních příznaků z důvodu vysazení předepsaných léků a v rámci tohoto stavu bludné interpretace chování okolních jedinců se vyskytne násilné jednání, opět nejpravděpodobněji vůči partnerce či vůči otci. Spouštěčem bude bludná interpretace chování jiných osob.

Třetím pravděpodobným scénářem násilné recidivy u posuzovaného je užití násilného jednání při konfliktu s osobou zprostředkovávající drogy při kompenzovaném psychickém stavu pacienta. Tudíž spouštěčem zde bude konflikt a následná neschopnost uplatnit strategie zvládání stresových situací.

Strategie řízení rizik násilné recidivy

Vzhledem k disociální struktuře osobnosti pana Michala bych mu doporučila trénink zvládání emocí a trénink sebeovládání ke zvládání svých agresivních impulzů, dále bych pacientovi doporučila trénink copingových strategií, které by mu pomohly se vyrovnávat s nastalými stresovými situacemi efektivnějšími způsoby. Dále bych doporučila celoživotní docházení do psychiatrické ambulance a užívání léků na onemocnění schizofrenního okruhu a celoživotní abstinenci od psychotropních látek. Pacient může ideálně zvolit kombinaci skupinové a individuální psychoterapie, přičemž se může zaměřit na trénink kognitivních funkcí, který je pro pacienty trpící nemocí schizofrenního okruhu nezbytný a dále se může soustředit, jak již bylo psáno výše, především na rozpoznávání a zvládání svých pocitů.

Zhodnocení rizika recidivy

Pravděpodobnost spáchání násilné recidivy a výskytu závažného ublížení na zdraví se u pana Michala jeví i po druhém měření jako vysoká. Pacient často v léčbě recidivuje pozitivním

návykových látek. Pravděpodobnost výskytu závažného ublížení na zdraví se pak jevila při obou měření jako vysoká. Riziko aktuálního násilí bylo při prvním hodnocení posouzeno jako vysoké, aktuálně jako střední. Jako hlavní markery nebezpečnosti jsou zde násilí v anamnéze, závislost na psychotropních látkách, problémové vztahy, nedostatečný náhled, onemocnění schizofrenního okruhu, násilné postoje, nedodržování léčby, neschopnost náhledu na svou nemoc, na riziko opětovného spáchání násilného trestného činu a na potřebu léčby, nedostatečná osobní podpora, nedostatek copingových strategií a nedostatečné respektování rad lékařů. Vzhledem k výsledkům posouzení rizika recidivy pacienta doporučuji výše navržené strategie ke snížení pravděpodobnosti páchaní násilné recidivy. Revizi vyšetření doporučuji provést za následující tři měsíce.

6.1.2. Pan Adam

Informace dostupné z dokumentace

Diagnóza základní: F65.4 Poruchy sexuální preference – pedofilie.

Rodinná anamnéza: Veškerou psychohereditu neguje.

Osobní anamnéza: S ničím se neléčí, neguje operace i závažnější úrazy a bezvědomí, v poslední době však zhoršen zdravotní stav v oblasti kardiovaskulární.

Abúzus: Neguje užívání jakékoliv psychoaktivní látky, neguje i závislost na alkoholu, kouří cca 5 cigaret denně.

Vztahy: Jeden dlouhodobější vztah v raném mládí, který byl ukončen odstěhováním partnerky i s jejími rodiči.

Pracovní a školská anamnéza: Pracoval jako manažer v oblasti lidských zdrojů, vystudoval FF UK, bez pracovních problémů.

Delikt: V roce 2008 až 2010 kontakt s děvčaty mladšími 15 let, který vyústil v pohlavní zneužití za úplatu a v umožnění vedení nemravného života nezletilých, svádění k pohl. styku nezletilých.

Akt. hospitalizace: První hospitalizace od 18.7.2011, momentálně léčbu plní, ale po dlouhou dobu odmítal spolupracovat a sdělovat informace, porušení léčby – vyhledávání a kontaktování mladých děvčat na vycházce.

Poslední psychologické vyšetření: Intelektově nadprůměrný jedinec bez forenzně významnějšího poškození CNS. Byly však zjištěny histriónské a narcistní osobnostní rysy s tendencí ke konfabulaci. Navíc byla prokázána sexuální deviace- pedofilie. Nebyly zjištěny žádné znaky svědčící o duševní chorobě v pravém slova smyslu.

Rodinné zázemí: Bezdětný, vlastní rodiče nežijí, s jinými příbuznými se nestýká.

Násilná ideace: Pacient v poslední době popírá násilnou ideaci i úmysly. Nicméně v nedávné době vyhledával nezletilou dívku za účelem kontaktu.

Informace dostupné z interview před 1. měřením rizika recidivy

Traumatické zážitky: Pacient velice ovlivněn odchodem dívky, s kterou měl velice pevný vztah v mládí. Nikdy na ni nedokázal přestat myslet a nebyl již schopen navázat jiný vztah stejné kvality.

Náhled: Pacient si je vědom faktu, že trpí duševní poruchou, potřebu léčby však neuznává. Nemá náhled na riziko možné recidivy, akt. přítomné násilné ideace. Léčbu v minulosti porušil.

Sociální služby: Pacient neplánuje navštěvovat ambulantního psychiatra ani jiné zařízení.

Životní situace: Pacientovi je jedno, co bude dělat po skončení léčby. O své budoucnosti mluví jako o nejasné. Nemá se ke komu vrátit. Bydlení a finance má však plně zajištěné.

Osobní podpora: Neoznačuje nikoho jako sobě blízkou osobu.

Reakce na léčbu: Prognóza reakce na léčbu v nejbližším období je nejistá, pacient částečně spolupracuje, ale stále se objevují fabulace a zapírání informací. V nedávné době se pokusil o kontakt s nezletilou.

Stres: Pacient se jeví momentálně jako psychicky vyrovnaný s dobrou schopností zvládat stresové situace.

Vyhodnocení přítomnosti a relevance faktorů

Níže v tabulce je, stejně jako u pana Michala, znázorněno vyhodnocení přítomnosti a relevance faktorů HCR-20 (V3) v rámci hodnocení rizika recidivy. Pravidla pro skórování přítomnosti a relevance faktorů jsou stejná. Znak „A“ je použit, pokud byl daný faktor přítomen či se jevil jako relevantní v dané kazuistice. Když byl pouze částečně či pravděpodobně přítomen nebo byl v dané kazuistice pouze částečně relevantní, bylo užito označení „Č“. Pokud faktor přítomen nebyl nebo nebyl v daném případě relevantní, popsán byl jako „N“. Poslední variantou hodnocení bylo „OMITTED“, což znamenalo, že daný faktor nemohl být za určitých podmínek hodnocen. První znak je znázorněním prvního hodnocení rizika recidivy u pana Adama a za lomítkem je vepsáno hodnocení rizika recidivy po absolvování přibližně pětiměsíčního ochranného léčení.

	HCR-20 (V3)		
Historické položky (minulost)	Jméno: Adam	PŘÍTOMNOST FAKTORŮ	RELEVANCE FAKTORŮ
H1.	Násilí (Violence)	A/A	A/A
a.	Jako dítě (12 let a méně)	N/N	
b.	Jako adolescent (13-17 let)	N/N	
c.	Jako dospělý (18 let a více)	A/A	
H2.	Další antisociální chování (Other Antisocial Behavior)	A/A	A/A
a.	Jako dítě (12 let a méně)	N/N	
b.	Jako adolescent (13-17 let)	N/N	
c.	Jako dospělý (18 let a více)	A/A	
H3.	Vztahy (Relationships)	A/A	A/A
a.	Intimní	A/A	
b.	Neintimní	N/N	
H4.	Zaměstnání (Employment)	N/N	N/N
H5.	Užívání návykových látek (Substance Use)	N/N	N/N
H6.	Závažné duševní nemoci (Major Mental Disorder)	N/N	N/N
a.	Psychózy	N/N	
b.	Závažné poruchy nálady	N/N	
c.	Poruchy primárně poškozující intelekt, exekutivní funkce a/nebo sociální/interpersonální fungování	N/N	
H7.	Porucha osobnosti (Personality Disorder)	Č/Č	Č/Č
a.	Antisociální či psychopatická	N/N	
b.	Další	Č/Č	
H8.	Traumatické zážitky (Traumatic Experiences)	A/A	N/N
a.	Viktimizace/trauma	A/A	
b.	Špatná výchova/péče	Č/Č	
H9.	Násilné postoje (Violent Attitudes)	Č/Č	A/A
H10.	Reakce na léčbu či supervizi (Treatment or Supervision Response)	A/A	A/A
Další historické rizikové faktory (Other Historical Risk factor(s))	Sexuologická diagnóza	A/A	A/A

Klinické položky (současnost)			
C1.	Vhled (Insight)	A/A	A/A
a.	Na duševní poruchu	OMITTED/OM.	
b.	Na riziko násilí	A/A	
c.	Na potřebu léčby	A/A	
C2.	Násilná ideace či úmysl (Violent Ideation or Intent)	A/N	Č/N
C3.	Aktivní symptomy závažné duševní poruchy (Symptoms of Major Mental Illness)	OMITTED/OM.	OMITTED/OM.
a.	Psychózy	OMITTED/OM.	
b.	Závažné poruchy nálady	OMITTED/OM.	
c.	Poruchy primárně poškozující intelekt, exekutivní funkce a/nebo sociální/interpersonální fungování	OMITTED/OM.	
C4.	Nestálost (Instability)	N/N	N/N
a.	Afektivní	N/N	
b.	Behaviorální	N/N	
c.	Kognitivní	N/N	
C5.	Reakce na léčbu či supervizi (Treatment or Supervision Response)	A/A	A/A
a.	Dodržování	A/A	
b.	Vnímavost	A/A	
Další klinické rizikové faktory (Other Clinical Risk factor(s))	Sexuologická diagnóza	A/A	A/A
Zvládání rizik (budoucnost)			
R1.	Sociální a zdravotnické služby a jejich programy (Professional Services)	A/A	Č/Č
R2.	Životní situace (Living situation)	N/N	N/N
R3.	Osobní podpora (Personal Support)	A/A	Č/Č
R4.	Reakce na léčbu či supervizi (Treatment or Supervision Response)	A/A	A/A
a.	Dodržování	A/A	
b.	Vnímavost	A/A	

R5.	Stres či zvládání (Stress or Coping)	N/N	N/N
Další rizikové faktory řízení rizik (Other Risk Management Risk factor(s))	Sexuologická diagnóza	A/A	A/A

Tab. č. 6 První i druhé měření rizika recidivy u pana Adama dle HCR-20 (V3)

Změny v hodnocení rizika recidivy po 5 měsících OL

Stejně jako u pana Michala, i u pana Adama neproběhlo příliš mnoho změn mezi prvním a druhým měřením rizika recidivy pomocí katalogu HCR-20 (V3). Historické položky také zůstaly jak u prvního měření, tak u měření druhého, stejné. V klinických položkách došlo ke snížení hodnoty položky **C2 Násilná ideace či úmysl** a hodnocení její relevance. Konkrétně při prvním hodnocení rizika recidivy byla tato položka hodnocena jako plně přítomna s částečnou relevancí. Po přibližně pěti měsících absolvování sexuologického ochranného léčení přítomnost tohoto faktoru vymizela, tudíž vymizela i jeho relevance. U pacienta se při druhém měření již násilné ideace nevyskytly, pacient je neverbalizoval a ani jeho chování jejich přítomnosti neodpovídalo. Položky řízení rizik zůstaly, stejně tak jako položky historické, při druhém měření, v porovnání s prvním hodnocením rizika recidivy, nezměněny. Pokud by byl opět propočítán celkový skóre HCR-20 dle manuálu pro druhou verzi tohoto nástroje, jak je to uvedeno u pana Michala, získal by pan Adam v rámci prvního měření rizika recidivy 24 bodů. U druhého měření by byl skóre snížen na 22 bodů, tudíž lze konstatovat, že po absolvování přibližně pěti měsíců sexuologické ochranné léčby došlo v případě pana Adama ke snížení hodnoty klinických položek o dva body, přičemž položky řízení rizik zůstaly nezměněny. Pravděpodobnost budoucího násilí byla hodnocena u prvního měření rizika recidivy jako střední a u druhého hodnocení jako vysoká. Pravděpodobnost těžkého ublížení na zdraví byla označena při prvním měření jako střední a po přibližně pěti měsících sexuologické ochranné léčby jako nízká. Pravděpodobnost spáchání násilí v blízké budoucnosti byla hodnocena po obou měření jako střední. Nutno na závěr říci, že pan Adam je stejně jako pan Michal stále podroben **sexuologickému ochrannému léčení** v PN Bohnice, protože stále **nenaplnilo svůj účel**. Pacient je aktuálně v odporu a při léčbě odmítá plně spolupracovat. Nemá náhled na spáchané trestné činy a na riziko jejich opětovného spáchání.

Určení scénářů násilné recidivy

Na základě vyhodnocení informací o přítomnosti a relevanci rizikových faktorů recidivy jsem stejně jako u pana Michala mohla i u pana Adama vytvořit nejpravděpodobnější scénáře násilné recidivy, přičemž obětí bude dle mého názoru vždy dívka mladší 13 let, přibližně od 8 do 12 let věku, jako tomu bylo i u předchozích obětí, přičemž vycházím i z diagnózy heterosexuální pedofilie u pana Adama. Měnit se bude pouze možný scénář místa setkání se s obětí a její podmanění, i když způsob bude nejspíše vždy podobný - založený na vytvoření si důvěry s dítětem a po delší době důvěrného kontaktu, následného zneužití jeho důvěry, což pravděpodobně vyústí v pohlavní zneužití.

Strategie řízení rizik násilné recidivy

Vzhledem k nedostatečnému náhledu pacienta na sexuální deviaci a na riziko možné recidivy bych doporučila setrvat v sexuologické ochranné léčbě, která ještě nenaplnila svůj účel. Následovat by měla přeměna ústavní formy ochranné léčby na formu ambulantní, přičemž doporučuji sexuologickou ambulanci navštěvovat celoživotně pro konzultace s případnými těžko zvladatelnými situacemi vzhledem k celoživotní povaze pedofilie, kterou pacient trpí. Pacient také není schopen se vcítit do svých obětí, tudíž by měl podstoupit trénink emocí, včetně schopnosti empatie, aby věděl, že jeho jednání způsobuje nezletilým dívkám psychickou újmu.

Zhodnocení rizika recidivy

Pravděpodobnost spáchání násilné recidivy se při druhém měření rizika recidivy u pana Adama jeví jako vysoká, ačkoliv při prvním měření byla posouzena jako střední. Pacient aktuálně v léčbě nespolupracuje. Pravděpodobnost výskytu závažného ublížení na zdraví se pak jeví jako nízká, i když při prvním měření byla hodnocena jako střední. Riziko aktuálního násilí bylo při prvním i při druhém měření zhodnoceno jako střední. Jako hlavní markery nebezpečnosti jsou zde označeny násilí v anamnéze dle definice násilí autorů uvedené výše v textu, antisociální chování, výrazné problémy v intimních vztazích, odmítání a nerespektování léčby v anamnéze, nedostatečný náhled na možné riziko opětovného násilného jednání a na potřebu léčby a sexuologická diagnóza, která byla zařazena do kolonky Další rizikové faktory kvůli své důležitosti. Vzhledem k výsledkům posouzení rizika recidivy pacienta doporučuji

výše navržené strategie ke snížení pravděpodobnosti páchaní násilné recidivy. Revizi vyšetření doporučuji provést za následující tři měsíce.

6.1.3. Pan Josef

Informace dostupné z dokumentace

Diagnóza základní: F19.2 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek - syndrom závislosti – aktuálně preference pervitinu, THC a alkoholu.

Diagnóza vedlejší: F70.0 LMR, F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti, anam. F32.1 Středně těžká depresivní fáze.

Rodinná anamnéza: Otec suicidoval, matka i otec závislí na psychoaktivních látkách, jinou psychohereditu neguje. Vyrůstal v pěstounské rodině.

Osobní anamnéza: Od dětství sledován na psychiatrii pro anam. F91.1 Nesocializovanou poruchu chování, neguje operace i závažnější úrazy a bezvědomí.

Abúzus: Polymorfní závislost- první experimenty s drogami již v 16 letech, akt. preference pervitinu, THC a alkoholu.

Vztahy: Promiskuitní, neschopen udržet dlouhodobý vztah.

Pracovní a školská anamnéza: Nikdy nepracoval, nedokončené středoškolské vzdělání kvůli užívání psychoaktivních látek a s nimi spojenými negativními sociálními dopady.

Delikt: 2011 - těžké ublížení na zdraví, napadl strýce.

Akt. hospitalizace: První hospitalizace od 14.8.2012, léčba přerušena 4 denním útekem, pacient se sám vrátil a poté již spolupracoval, ochranné léčení vykonávané ústavní formou 31.3. 2013 naplnilo svůj účel.

Poslední psychologické vyšetření: Nezralá osobnost s disociálními rysy, sklony k impulzivitě, lehká mentální retardace, akt. přítomné příznaky deprese, které mohou přerůst až v suicidální jednání, prognóza nepříznivá.

Rodinné zázemí: Aktuálně žije se sestrou a s jejími dětmi. Rodiče již zemřeli. Přítelkyni nemá, bezdětný, svobodný.

Násilná ideace: Pacient v poslední době nevykazuje násilnou ideaci ani úmysly.

Informace dostupné z interview před 1. měřením rizika recidivy

Traumatické zážitky: Úmrtí rodičů, dlouhodobě v dětství šikanován.

Náhled: Pacient si je pouze částečně vědom faktu, že u něj nastal halucinatorní syndrom toxické etiologie, v rámci něhož spáchal pacient násilný trestný čin, částečně uznává potřebu léčby. Nemá však náhled na riziko možné násilné recidivy.

Sociální služby: Pacient neplánuje po ukončení ústavního ochranného léčení navštěvovat ambulantního psychiatra, či jiné zdravotnické psychiatrické nebo psychologické zařízení.

Životní situace: Pacient bydlí u své sestry, pobírá plný invalidní důchod.

Osobní podpora: Podporován svými pěstouny a sestrou.

Reakce na léčbu: Prognóza reakce na léčbu v nejbližším období je nejistá. Pacient se ji nejspíše bude snažit částečně plnit, ale ztotožněn s jejím účelem a efektivitou pravděpodobně nebude.

Stres: Ve zvládání náročných situací nebyl pacient v minulosti příliš úspěšný, dají se tudíž předpokládat jisté problémy v této oblasti, obzvláště očekávám, stejně jako u pana Michala, řešení problémů pomocí užívání návykových látek.

Vyhodnocení přítomnosti a relevance faktorů

Stejně jako u dvou předchozích kazuistik je níže v tabulce znázorněno vyhodnocení přítomnosti a relevance faktorů HCR-20 (V3) v rámci hodnocení rizika recidivy u pana Josefa. Opět je užito znaků „A“, „Č“, „N“ a „OMITTED“. Skórování přítomnosti a relevance faktorů je označeno „A“ – pokud byl daný faktor přítomen či se jevil jako relevantní v dané kazuistice. Když byl pouze částečně či pravděpodobně přítomen nebo byl v dané kazuistice pouze částečně relevantní, bylo užito označení „Č“. Pokud faktor přítomen nebyl nebo nebyl v daném případě relevantní, popsán byl jako „N“. Výraz „OMITTED“ zde znamená, že daný faktor nemohl být za určitých podmínek hodnocen. Nejprve je vyjádřeno první hodnocení rizika recidivy a za lomítkem je znázorněno hodnocení rizika recidivy u daných probandů po absolvování přibližně pětíměsíčního ochranného léčení.

	HCR-20 (V3)		
Historické položky (minulost)	Jméno: Josef	PŘÍTOMNOST FAKTORŮ	RELEVANCE FAKTORŮ
H1.	Násilí (Violence)	A/ A	A/ A
a.	Jako dítě (12 let a méně)	N/N	
b.	Jako adolescent (13-17 let)	N/N	
c.	Jako dospělý (18 let a více)	A/A	
H2.	Další antisociální chování (Other Antisocial Behavior)	A/ A	N/N
a.	Jako dítě (12 let a méně)	N/N	
b.	Jako adolescent (13-17 let)	A/A	
c.	Jako dospělý (18 let a více)	A/A	
H3.	Vztahy (Relationships)	A/A	N/N
a.	Intimní	A/A	
b.	Neintimní	N/N	
H4.	Zaměstnání (Employment)	OMITTED/OM.	OMITTED/OM.
H5.	Užívání návykových látek (Substance Use)	A/A	A/A
H6.	Závažné duševní nemoci (Major Mental Disorder)	A/A	A/A
a.	Psychózy	Č/Č	
b.	Závažné poruchy nálady	A/A	
c.	Poruchy primárně poškozující intelekt, exekutivní funkce a/nebo sociální/interpersonální fungování	A/A	
H7.	Porucha osobnosti (Personality Disorder)	A/A	Č/Č
a.	Antisociální či psychopatická	A/A	
b.	Další	A/A	
H8.	Traumatické zážitky (Traumatic Experiences)	A/A	N/N
a.	Viktimizace/trauma	A/A	
b.	Špatná výchova/péče	A/A	
H9.	Násilné postoje (Violent Attitudes)	Č/Č	Č/Č
H10.	Reakce na léčbu či supervizi (Treatment or Supervision Response)	A/A	A/A
Další historické rizikové faktory (Other Historical Risk factor(s))	/	/	/

Klinické položky (současnost)			
C1.	Náhled (Insight)	Č/Č	A/A
a.	Na duševní poruchu	Č/Č	
b.	Na riziko násilí	A/Č	
c.	Na potřebu léčby	Č/Č	
C2.	Násilná ideace či úmysl (Violent Ideation or Intent)	N/N	N/N
C3.	Aktivní symptomy závažné duševní poruchy (Symptoms of Major Mental Illness)	A/A	N/N
a.	Psychózy	N/N	
b.	Závažné poruchy nálady	N/Č	
c.	Poruchy primárně poškozující intelekt, exekutivní funkce a/nebo sociální/interpersonální fungování	A/A	
C4.	Nestálost (Instability)	A/A	Č/Č
a.	Afektivní	A/A	
b.	Behaviorální	A/A	
c.	Kognitivní	A/A	
C5.	Reakce na léčbu či supervizi (Treatment or Supervision Response)	Č /A	Č /A
a.	Dodržování	N/A	
b.	Vnímavost	Č/A	
Další klinické rizikové faktory (Other Clinical Risk factor(s))	/	/	/
Zvládání rizik (budoucnost)			
R1.	Sociální a zdravotnické služby a jejich programy (Professional Services)	A/N	A/N
R2.	Životní situace (Living situation)	N/N	N/N
R3.	Osobní podpora (Personal Support)	N/Č	N/Č
R4.	Reakce na léčbu či supervizi (Treatment or Supervision Response)	A/Č	A/A
a.	Dodržování	Č/Č	

b.	Vnímavost	A/Č	
R5.	Stres či zvládání (Stress or Coping)	A/A	A/A
Další rizikové faktory řízení rizik (Other Risk Management Risk factor(s))	/	/	/

Tab. č. 7 První i druhé měření rizika recidivy u pana Josefa dle HCR-20 (V3)

Změny v hodnocení rizika recidivy po 5 měsících OL

U pana Josefa zůstaly stejně jako u pana Michala a u pana Adama historické položky beze změny hodnot při druhém měření rizika recidivy po přibližně pěti měsících ochranného léčení v porovnání s prvním měřením. V rámci klinických položek došlo k částečné změně položky **C1 Náhled**. Byla zaznamenána konkrétní změna u náhledu na riziko násilí. Při prvním měření byl pacient bez náhledu na riziko spáchání násilí, kdežto při druhém hodnocení již částečný náhled na tuto problematiku měl. Další změnou při druhém měření byl fakt, že pacient byl v té době více depresivní, kdežto při prvním měření zafungovala na pacientův psychický stav antidepressiva. Tato situace nemusela být dlouhodobá a pacient byl pravděpodobně brzy pomocí psychofarmakologických a psychoterapeutických metod stabilizován. Proto se v hodnocení projevila pouze částečná změna, a to u subpoložky **C3 Závažné poruchy nálady**. K výraznější změně došlo v rámci položky **C5 Reakce na léčbu**. Vzhledem k tomu, že v uplynulé hodnocené době pacient z léčby utekl a neztotožňoval se příliš s její nutností a výsledným možným efektem, byla tato závažná změna zaznamenána v rámci druhého hodnocení rizika recidivy u daného pacienta. Při prvním měření rizika recidivy pacient pravidla léčby dodržoval, ačkoliv s ní byl ztotožněn pouze částečně. Změna v hodnocení dané položky se také projevila v hodnocení relevance daného faktoru, kdy při prvním hodnocení byla tato položka shledána jako částečně relevantní, přičemž při druhém měření rizika recidivy byl již tento faktor plně relevantní. V rámci položek řízení rizik došlo ke změně u položky **R1 Sociální a zdravotnické služby a jejich programy** tím, že pacient pravděpodobně již využívat tyto služby bude, což je vzhledem k nařízenému ochrannému léčení ústavní formou, které již přešlo do ambulantní formy přímo nezbytné. Pacient již při druhém měření neměl přítelkyni, podporovali ho však, stejně jako při prvním hodnocení rizika recidivy, jeho pěstouni a sestra, což bylo zhodnoceno v položce **R3 Osobní podpora**. Závěrem došlo také k zhodnocení alespoň částečné pravděpodobnosti, že pacient bude v budoucnu dodržovat léčebné plány a bude s nimi alespoň částečně ztotožněn, přičemž při

prvním měření bylo předpokladem do budoucna spíše to, že pacient se bude snažit alespoň částečně léčbu dodržovat, ale nebude s ní ztotožněn. Pokud by byl opět propočítán celkový skóre HCR-20 (V3) dle manuálu pro druhou verzi tohoto nástroje, jak je to uvedeno u obou předchozích pacientů, získal by pan Josef v rámci prvního měření rizika recidivy 29 bodů. U druhého měření by byl skóre snížen na 28 bodů, tudíž lze konstatovat, že po absolvování přibližně pěti měsíců protitoxikomanické a protialkoholní ochranné léčby došlo v případě pana Josefa ke snížení celkové hodnoty HCR-20 (V3) položek o jeden bod. Přičemž historické položky zůstaly nezměněny, u položek klinických došlo ke zvýšení o jeden bod a u položek řízení rizik došlo při druhém měření o celkové snížení o dva body. **Pravděpodobnost budoucího násilí a pravděpodobnost těžkého ublížení** na zdraví byla hodnocena u prvního i u druhého měření rizika recidivy jako **střední**. **Pravděpodobnost spáchání násilí v blízké budoucnosti** byla hodnocena u prvního měření jako střední, kdežto u druhého měření již jako **nízká**. Nutno na závěr říci, že u pana Josefa, na rozdíl od pana Michala a od pana Adama, **již ústavní ochranné léčení naplnilo svůj účel** a pacient byl 31.3.2013 z PNB propuštěn.

Určení scénářů násilné recidivy

Na základě vyhodnocení přítomnosti a relevance rizikových faktorů u pana Josefa pak mohly být vytvořeny 3 nejpravděpodobnější scénáře násilné recidivy, jako tomu bylo u prvních dvou pacientů. Prvním nejpravděpodobnějším scénářem násilné recidivy se jeví násilné jednání v rámci halucinatorního syndromu toxické etiologie při požití psychotropní látky, na níž je posuzovaný závislý. Obětí by nejpravděpodobněji mohla být sestra pacienta, pěstouni či jiní blízcí pacienta. Spouštěčem pak bude nezvládnutí stresové situace, která se bude nejpravděpodobněji týkat konfliktu s příbuznými.

Druhým nejpravděpodobnějším scénářem násilné recidivy u tohoto pacienta je rozvinutí násilného jednání vzhledem ke struktuře osobnosti, která je disociální s impulzivními rysy, opět nejpravděpodobněji vůči blízkým příbuzným nebo vůči přátelům pacienta. Spouštěčem bude nezvládnutí konfliktní situace.

Třetím pravděpodobným scénářem násilné recidivy u posuzovaného je užití násilného jednání při konfliktu s osobou zprostředkovávající drogy v rámci stabilizovaného psychického stavu pacienta. Tudíž spouštěčem zde bude konflikt a následná neschopnost uplatnit strategie zvládání stresových situací, jako tomu bylo u pana Michala.

Strategie řízení rizik násilné recidivy

Vzhledem ke struktuře osobnosti pacienta, především úrovni kognitivních funkcí v pásmu mentální retardace, je velice složité navrhnout strategie řízení rizik. Pacient při této úrovni kognitivních funkcí je jen stěží terapeutizovatelný. Zde bych zdůraznila především kognitivně-behaviorální přístup, pomocí něhož by se pacient mohl naučit, jak se v určitých sociálních situacích zachovat, jakými technikami např. zpracovat stres. Dále bych doporučila celoživotní docházení do psychiatrické ambulance a také celoživotní abstinenci od psychotropních látek. Pacient může, stejně jako pan Michal, zvolit kombinaci skupinové a individuální psychoterapie, přičemž však bude důležité brát ohled na úroveň kognitivních schopností pacienta, a tedy i na omezené možnosti změny.

Zhodnocení rizika recidivy

Pravděpodobnost spáchání násilné recidivy a výskytu závažného ublížení na zdraví se u pana Josefa jeví po druhém měření jako střední. Pravděpodobnost výskytu závažného ublížení na zdraví se pak jevila u obou měření jako střední. Riziko aktuálního násilí bylo při prvním měření posouzeno jako střední, aktuálně jako nízké. Jako hlavní markery nebezpečnosti jsou zde násilí v anamnéze, závislost na psychotropních látkách a s ní související halucinatorní syndrom toxické etiologie, v rámci něhož byl pacientem spáchán daný NTČ, násilné postoje, nedodržování léčby, pouze částečná schopnost náhledu na riziko opětovného vzniku halucinatorního syndromu toxické etiologie, na riziko opětovného spáchání násilného trestného činu a na potřebu léčby a nedostatek copingových strategií. Vzhledem k výsledkům posouzení nebezpečnosti pacienta doporučuji výše navržené strategie ke snížení pravděpodobnosti spáchání násilné recidivy. Revizi vyšetření doporučuji provést za následující tři měsíce.

6.1.4. Porovnání kazuistik

V rámci porovnání třech výše popsaných kazuistik si můžeme povšimnout, že pan Michal byl pomocí HCR-20 (V3) ohodnocen jako jedinec s vysokou pravděpodobností násilné recidivy, kdežto u pana Adama je dle výsledků HCR-20 (V3) pravděpodobnost spáchání násilné recidivy střední. Jeho výsledný skóre v posouzení nebezpečnosti je snížen nezahrnutím parafilií jako rizikového faktoru do celkového skóru hodnocení nebezpečnosti. Pan Adam je přesto dle mého názoru člověk s vysokou pravděpodobností spáchání recidivy. I

výzkumně (např. Quinsey et al., 1998) je podloženo, že parafilie, obzvláště pedofilie je významným kriminogenním faktorem spáchání recidivy. Pan Josef byl ohodnocen jako pacient se středně vysokou pravděpodobností rizika recidivy, přičemž netrpěl parafilii, ani onemocněním schizofrenního okruhu a jak již bylo zmíněno výše, u pana Josefa již ústavní ochranné léčení naplnilo svůj účel a pacient byl 31.3.2013 z léčby propuštěn, kdežto pan Michal i pan Adam stále ústavní ochrannou léčbu plní, stále mají oba pouze částečný náhled na riziko recidivy, na svá onemocnění a na potřebu léčby.

Porovnání kazuistik ukazuje na důležitost nejen kvantitativního, ale i kvalitativního přístupu u hodnocení rizika recidivy. Při hodnocení nebezpečnosti pachatele je třeba brát vždy zřetel na přesnou definici konstruktu násilí, jež je popsána v manuálu HCR-20 (V3). Stejně tak je důležité znát přesný obsah položek HCR-20 (V3) tak, abychom věděli přesně, za jakých okolností položku jakým stanoviskem ohodnotit. Uvedení těchto kazuistik upozorňuje na fakt, že HCR-20 (V3) je pouze pomocným nástrojem hodnocení rizika recidivy probandů. Každý případ je třeba posuzovat jednotlivě s respektem k hodnocenému jedinci a k okolnostem, které vedly ke spáchání násilného trestného činu. Uvědomění si pravděpodobnosti rizika spáchání násilné recidivy a identifikace faktorů, které by se mohly podílet na jejím vzniku, se jeví jako velice důležité pro společnost i pro posuzovaného jedince.

6.2. Kvantitativní část - měření efektivity OL pomocí HCR-20 (V3) a následná doporučení pro resocializaci

Níže je uvedeno opakované měření rizika recidivy u 21 probandů pomocí posouzení přítomnosti a relevance faktorů katalogu HCR-20 (V3). Pro přehlednost uvádím význam užitých zkratk, které jsou níže v subkapitole blíže rozepsány a zasazeny do kontextu.

Označení probandů:

- A až T

Druhy OL:

- P – psychiatrické ochranné léčení
- S – sexuologické ochranné léčení
- PA – protialkoholní ochranné léčení
- PT – protitoxikomanické ochranné léčení

Označení historických faktorů:

- H1 až H10
- OC-H (Další historické faktory)

Označení klinických faktorů:

- C1 až C5
- OC-C (Další klinické faktory)

Označení faktorů řízení rizik:

- R1 až R5
- OC-R (Další faktory řízení rizik)

Skórování přítomnosti a relevance (R) faktorů:

- 0 – faktor není přítomen či není relevantní
- 1 – faktor je částečně přítomen či je částečně relevantní
- 2 – faktor je plně přítomen či je plně relevantní
- Omitted – faktor nemůže být hodnocen

6.2.1. Změny celkového souboru ve faktorech HCR-20 (V3)

Změny v historických položkách HCR-20 (V3)

Nejprve se vyjádřím ke změnám celkového souboru naměřených při druhém hodnocení rizika recidivy po přibližně 5 měsících OL v historických položkách katalogu HCR-20 (V3). Rozdíly a konkrétní hodnoty přítomnosti a relevance historických faktorů HCR-20 (V3) jsou přehledně kategorizovány níže v tabulce.

V následující tabulce č. 8 jsou znázorněny hodnoty historických položek HCR-20 (V3) označených H1 až H10 a OC-H při prvním a při druhém měření rizika recidivy u 21 probandů, kteří jsou označeni písmeny A až T. První řádek u pacientů A až T se vždy týká prvního měření a druhý řádek popisuje výsledky druhého měření u toho samého pacienta. Za označením pacienta je navíc uvedena zkratka písmen - fialově zvýrazněné **P** (psychiatrické ochranné léčení), modře zvýrazněné **S** (sexuologické ochranné léčení) a žlutě vyznačené **PA** (protialkoholní ochranné léčení) a **PT** (protitoxikomanické ochranné léčení), podle toho, jaký druh ochranné léčby byl danému pacientovi nařízen. U žádného pacienta se nevyskytlo nařízení ochranné léčby protialkoholní a protitoxikomanické samostatně, nýbrž u dvou pacientů byly nařízeny tyto dva druhy ochranného léčení současně. Hodnoceno bylo všech deset položek od H1 až po H10, zhodnocena byla i položka OC-H (Další historické faktory),

kde se promítly další kritické informace z anamnézy pro tvorbu terapeuticko-resocializačních plánů a pro zhodnocení, jak se dané faktory podílely na spáchání násilného trestného činu u konkrétního pacienta. Za lomítkem je pak vždy uvedena hodnota relevance daného faktoru, tedy míry důležitosti, jak se dané faktory podílely na spáchání násilného trestného činu u konkrétního pacienta a jak jsou důležité pro resocializaci. **Změny** v hodnotě faktoru jsou **označeny oranžově**, přičemž **specifikace změny** v konkrétní položce je **vyznačena zeleným číslem** a blíže popsána pod tabulkou. Tudíž oranžové tabulky označují pro přehlednost změnu celkové hodnoty přítomnosti či relevance faktoru. Kde konkrétně se ve faktoru udála změna, je tedy v druhém měření číselně vyznačeno zeleně.

PACIENT	H1/R	H2/R	H3/R	H4/R	H5/R	H6/R	H7/R	H8/R	H9/R	H10/R	OC-H
A (S) 1.měření	2 (1,1,2)/ 2	2 (1,1,2)/ 2	2 (2,1)/ 1	2/0	2/2	1 (0,1,0)/ 0	1 (0,1)/ 1	2 (2,2)/ 0	2/1	2/2	2/2 sex.dg.
2.měření	2 (1,1,2)/ 2	2 (1,1,2)/ 0	2 (2,1)/ 1	2/0	2/2	1 (0,1,0)/ 0	1 (0,1)/ 1	2 (2,2)/ 0	2/1	2/2	2/2 sex.dg.
B (S) 1.měření	2 (2,2,2)/ 2	2 (0,2,2)/ 1	2 (2,2)/ 2	OM.	2/2	2 (0,2,0)/ 0	2 (1,2)/ 1	1 (1,0)/ 0	2/2	2/2	2/2 sex.dg.
2.měření	2 (2,2,2)/ 2	2 (0,2,2)/ 1	2 (2,2)/ 2	OM.	2/2	2 (0,2,0)/ 0	2 (1,2)/ 1	1 (1,0)/ 0	2/2	2/2	2/2 sex.dg.
C (S) 1.měření	2 (1,1,2)/ 2	1 (0,0,1)/ 2	2 (2,0)/ 2	0/0	0/0	0 (0,0,0)/ 0	1 (1,1)/ 1	0 (0,0)/ 0	1/1	2/2	2/2 sex.dg.
2.měření	2 (1,1,2)/ 2	1 (0,0,1)/ 2	2 (2,0)/ 2	0/0	0/0	0 (0,0,0)/ 0	1 (1,1)/ 1	0 (0,0)/ 0	1/1	2/2	2/2 sex.dg.
D (S) 1.měření	2 (1,1,2)/ 2	2 (0,1,2)/ 2	2 (2,2)/ 2	2/0	1/0	0 (0,0,0)/ 0	2 (0,2)/ 1	0 (0,0)/ 0	1/2	2/2	2/2 sex.dg.
2.měření	2 (1,1,2)/ 2	2 (0,1,2)/ 2	2 (2,2)/ 2	2/0	1/0	0 (0,0,0)/ 0	2 (0,2)/ 1	0 (0,0)/ 0	1/2	2/2	2/2 sex.dg.
E (S) 1.měření	2 (1,1,2)/ 2	2 (1,1,2)/ 0	2 (2,0)/ 2	0/0	1/0	0 (0,0,0)/ 0	1 (1,1)/ 1	1 (1,0)/ 0	2/1	2/2	2/2 sex.dg.
2.měření	2 (1,1,2)/ 2	2 (1,1,2)/ 0	2 (2,0)/ 0	0/0	1/0	0 (0,0,0)/ 0	1 (1,1)/ 1	1 (1,0)/ 0	2/1	2/2	2/2 sex.dg.
F (S) 1.měření	2 (1,2,2)/ 2	2 (1,1,2)/ 0	2 (2,1)/ 1	2/0	2/2	0 (0,0,0)/ 0	2 (2,2)/ 1	2 (2,2)/ 1	2/1	2/2	2/2 sex.dg.
2.měření	2 (1,2,2)/ 2	2 (1,1,2)/ 0	2 (2,1)/ 1	2/0	2/2	0 (0,0,0)/ 0	2 (2,2)/ 1	2 (2,2)/ 1	2/1	2/2	2/2 sex.dg.
G (S) 1.měření	2 (0,0,2)/ 2	2 (0,0,2)/ 2	2 (2,0)/ 2	0/0	0/0	0 (0,0,0)/ 0	1 (0,1)/ 1	2 (2,1)/ 0	1/2	2/2	2/2 sex.dg.
2.měření	2 (0,0,2)/ 2	2 (0,0,2)/ 2	2 (2,0)/ 2	0/0	0/0	0 (0,0,0)/ 0	1 (0,1)/ 1	2 (2,1)/ 0	1/2	2/2	2/2 sex.dg.
H (S) 1.měření	1 (0,0,1)/ 1	2 (2,2,2)/ 0	2 (2,2)/ 1	OM.	0/0	2 (0,0,2)/ 1	1 (1,1)/ 1	2 (1,2)/ 0	0/0	1/1	2/2 sex.dg.
2.měření	1 (0,0,1)/ 1	2 (2,2,2)/ 0	2 (2,2)/ 1	OM.	0/0	2 (0,0,2)/ 1	1 (1,1)/ 1	2 (1,2)/ 0	1/1	2/1	2/2 sex.dg.
CH (S) 1.měření	2 (1,2,2)/ 2	2 (2,2,2)/ 2	2 (2,2)/ 1	1/0	2/2	1 (0,0,1)/ 0	2 (2,2)/ 1	2 (2,2)/ 2	2/2	2/2	2/2 sex.dg.
2.měření	2 (1,2,2)/ 2	2 (2,2,2)/ 2	2 (2,2)/ 1	1/0	2/2	1 (0,1,0)/ 0	2 (2,2)/ 1	2 (2,2)/ 1	2/1	2/2	2/2 sex.dg.
I (S) 1.měření	2 (0,2,2)/ 2	2 (0,2,2)/ 2	2 (2,2)/ 1	OM.	2/1	0 (0,0,0)/ 0	2 (0,2)/ 1	2 (2,2)/ 1	2/2	2/2	2/2 sex.dg.

Vybrané psychologické aspekty posuzování nebezpečnosti, rizika recidivy a možnosti resocializace
pachatelů násilného trestného činu

2.měření	2 (0,2,2)/ 2	2 (0,2,2)/ 2	2 (2,2)/ 1	OM.	2/1	0 (0,0,0)/ 0	2 (0,2)/ 1	2 (2,2)/ 1	2/2	2/2	2/2 sex.dg.
J (P) 1.měření	2 (0,2,2)/ 2	2 (0,1,2)/ 1	2 (2,2)/ 2	2/0	2/2	2 (2,0,0)/ 2	2 (2,0)/ 1	1 (1,0)/ 1	2/2	2/2	/
2.měření	2 (0,2,2)/ 2	2 (0,1,2)/ 1	2 (2,2)/ 2	2/0	2/2	2 (2,0,0)/ 2	2 (2,0)/ 1	1 (1,0)/ 1	2/2	2/2	/
K (PA+PT) 1.měření	2 (0,0,2)/ 2	2 (0,0,2)/ 2	2 (2,2)/ 2	2/0	2/2	0 (0,0,0)/ 0	2 (2,0)/ 1	0 (0,0)/ 0	2/2	2/2	/
2. měření	2 (0,0,2)/ 2	2 (0,0,2)/ 2	2 (2,0)/ 2	2/0	2/2	0 (0,0,0)/ 0	2 (2,0)/ 1	0 (0,0)/ 0	2/2	2/2	/
L (P) 1.měření	2 (2,2,2)/ 2	2 (1,2,2)/ 2	2 (2,2)/ 1	OM.	2/2	2 (0,0,2)/ 2	2 (2,2)/ 1	2 (1,2)/ 2	2/2	2/2	2/0 sex.dg.
2.měření	2 (2,2,2)/ 2	2 (1,2,2)/ 0	2 (2,2)/ 1	OM.	2/1	2 (0,0,2)/ 1	2 (2,2)/ 1	2 (1,2)/ 2	2/2	2/2	2/0 sex.dg.
M (P) 1.měření	2 (0,2,2)/ 2	2 (0,2,2)/ 2	2 (2,1)/ 2	2/0	2/2	2 (2,0,0)/ 2	2 (2,2)/ 1	0 (0,0)/ 0	2/2	2/2	2/2 neabst.
2.měření	2 (0,2,2)/ 2	2 (0,2,2)/ 0	2 (2,1)/ 2	2/0	2/2	2 (2,0,0)/ 2	2 (2,2)/ 1	0 (0,0)/ 0	2/2	2/2	2/2 neabst.
N (P) 1.měření	2 (0,0,2)/ 2	0 (0,0,0)/ 0	1 (1,1)/ 0	1/ 0	1/1	2 (2,0,0)/ 2	2 (0,2)/ 1	1 (1,1)/ 2	2/1	2/2	/
2.měření	2 (0,0,2)/ 2	0 (0,0,0)/ 0	1 (1,1)/ 0	1/0	1/1	2 (2,0,0)/ 2	2 (0,2)/ 1	1 (1,1)/ 0	2/1	2/2	/
O (P) 1.měření	2 (0,0,2)/ 2	0 (0,0,0)/ 0	0 (0,0)/ 0	0/0	0/0	2 (2,2,2)/ 2	1 (0,1)/ 1	2 (2,0)/ 0	0/0	0/0	/
2.měření	2 (0,0,2)/ 2	0 (0,0,0)/ 0	0 (0,0)/ 0	0/0	0/0	2 (2,2,2)/ 2	1 (0,1)/ 1	2 (2,0)/ 0	0/0	0/0	/
P (P) 1.měření	2 (0,0,2)/ 2	2 (0,2,2)/ 2	2 (2,1)/ 0	2/0	2/2	2 (2,1,0)/ 2	2 (2,2)/ 1	0 (0,0)/ 0	2/1	2/2	/
2.měření	2 (0,0,2)/ 2	2 (0,2,2)/ 1	2 (2,1)/ 0	2/0	2/2	2 (2,1,0)/ 2	2 (2,2)/ 1	0 (0,0)/ 0	2/1	2/2	/
Q (PA+PT) 1.měření	2 (0,0,2)/ 2	2 (0,2,2)/ 0	2 (2,0)/ 0	OM.	2/2	2 (1,2,2)/ 2	2 (2,2)/ 1	2 (2,2)/ 0	1/2	2/2	/
2. měření	2 (0,0,2)/ 2	2 (0,2,2)/ 0	2 (2,0)/ 0	OM.	2/2	2 (1,2,2)/ 2	2 (2,2)/ 1	2 (2,2)/ 0	1/2	2/2	/
R (P) 1.měření	2 (0,0,2)/ 2	0 (0,0,0)/ 0	0 (0,0)/ 0	1/0	2/0	2 (2,0,0)/ 2	1 (0,1)/ 1	1 (1,0)/ 1	0/0	0/0	/
2.měření	2 (0,0,2)/ 2	0 (0,0,0)/ 0	0 (0,0)/ 0	1/0	2/0	2 (2,0,0)/ 2	1 (0,1)/ 1	1 (1,0)/ 1	0/0	0/0	/
S (P) 1.měření	2 (0,0,2)/ 2	2 (0,2,2)/ 1	2 (2,2)/ 1	2/0	2/2	0 (0,0,0)/ 0	2 (2,2)/ 1	2 (2,2)/ 0	2/2	2/2	/
2.měření	2 (0,1,2)/ 2	2 (0,2,2)/ 1	2 (2,2)/ 1	2/0	2/2	0 (0,0,0)/ 0	2 (2,2)/ 1	2 (2,2)/ 0	2/1	2/1	/
T (P) 1.měření	2 (0,0,2)/ 2	1 (0,0,1)/ 2	2 (2,0)/ 2	0/0	1/0	1 (0,1,0)/ 0	2 (0,2)/ 0	0 (0,0)/ 0	2/2	0/0	/
2.měření	2 (0,0,2)/ 2	1 (0,0,1)/ 2	2 (2,0)/ 2	0/0	1/0	0 (0,0,0)/ 0	2 (0,2)/ 0	0 (0,0)/ 0	2/2	0/0	/

Tab. č. 8 Historické položky HCR-20 (V3) 1. a 2. měření

Jak si lze povšimnout z tabulky výše, příliš mnoho změn se v hodnocení historických položek HCR-20 (V3) v našem vzorku neudálo, což vychází i z podstaty hodnocení právě historických faktorů. Změny, které mohou být zaznamenány, se týkají především posouzení **relevance faktorů**, do čehož se zcela jistě promítá problematika subjektivity hodnocení a

postupu náhledu s časem na daný případ pacienta. Změny relevance faktorů v daných případech se týkají v nejvíce případech (u 19% pacientů z celkového souboru) faktoru **H2 Antisociální chování**. Vysvětlením může být fakt, že škála antisociálního nenásilného chování je opravdu široká, tudíž podchycení relevance daného faktoru dává větší prostor pro manipulaci s hodnocením, nežli tomu je tak u faktorů, které jsou úžeji vymezeny. Dále nastaly změny relevance faktoru **H9 Násilné postoje** u třech pacientů – u 20% pacientů s nařízenou sexuologickou léčbou ze souboru sexuologických pacientů a u 11% pacientů s nařízenou psychiatrickou léčbou ze souboru pacientů s psychiatrickou OL. Tudíž tato změna relevance daného faktoru byla sycena z 66,7% sexuologickými pacienty a z 33,3% pacienty s nařízenou psychiatrickou OL. U 11% pacientů s nařízenou psychiatrickou ochrannou léčbou ze souboru psychiatrických pacientů a u 10% pacientů s ochrannou léčbou sexuologickou ze sexuologického souboru byla změněna relevance faktoru **H10 Reakce na léčbu**. Stejně tak tomu bylo u faktoru **H8 Traumatické zážitky**, který v sobě nese dilema, jak relevantní byly viktimizace, trauma a špatná výchova či péče v rámci spáchání daného násilného trestného činu. Tudíž změny relevance faktorů H10 a H8 byly syceny z 50% pacienty sexuologickými a z 50% pacienty s nařízenou psychiatrickou OL. Dále došlo ke změně u 10% sexuologických pacientů v relevanci faktoru **H3 Vztahy**. Tudíž změna relevance faktoru H3 byla sycena ze 100% sexuologickými pacienty. Taktéž došlo ke změně relevance faktoru **H6, konkrétně Poruchy primárně poškozující intelekt, exekutivní funkce a/nebo sociální/interpersonální fungování** u 11% pacientů s nařízenou psychiatrickou OL. Tudíž tato změna byla sycena z 100% pacienty s nařízenou psychiatrickou ochrannou léčbou. U faktorů H1 Násilí, H4 Zaměstnání, H5 Užívání návykových látek, H7 Porucha osobnosti a OC-H Další historické faktory ke změnám hodnot, ani relevance faktorů nedošlo u žádného pacienta.

Další změny, kdy byla změněna přímo hodnota položky, nikoliv relevance, se týkají pouze faktorů H9 a H10, a to pouze u 1 pacienta, u něhož došlo při druhém hodnocení k posouzení, že nastalo pouze částečné naplnění faktoru **H9 Násilné postoje**, na rozdíl od prvního měření rizika recidivy, kdy tento faktor přítomen nebyl. Faktor **H10 Reakce na léčbu** byl u téhož pacienta při druhém zhodnocení rizika recidivy po přibližně pěti měsících naplněn, přičemž při prvním měření rizika recidivy byl ohodnocen pouze jako částečně přítomen. Jednalo se o pacienta s nařízenou ochrannou léčbou psychiatrickou. Tato změna hodnot daných dvou faktorů byla tedy sycena z 100% psychiatrickým souborem pacientů.

Prvním důvodem, proč nenalzáme v historických položkách HCR-20 (V3) mnoho změn je fakt, že vzorek pacientů, kterým byla nařízena ochranná léčba, již sám o sobě vypovídá touto situací o tom, že jde o pacienty, kteří někdy byli vysoce nebezpeční sobě a okolí, proto je společnost sankcionovala při nejmenším nařízením ochranného léčení ústavní formou. Tedy v jejich historii, či anamnéze musí být automaticky zaznamenána přítomnost rizikových faktorů, které se promítnou nejvíce do historických položek HCR-20 (V3). Druhým důvodem pak může být to, že během ochranného léčení není předpokládáno, že by se dělo větší množství negativních změn, které by přispěly ke zvýšení rizika recidivy, naopak je předpokládáno, že terapeuticko-resocializační program by měl být efektivní a měl by vést ke snížení rizika recidivy a nebezpečnosti pacienta pro sebe i pro okolí, což se nepřítomností mnoha změn v našem celkovém souboru potvrdilo. Tudíž i touto formou, bereme-li v potaz tuto úvahu, můžeme označit ochranné léčení za efektivní vůči našim probandům.

Změny v klinických položkách HCR-20 (V3)

V této subkapitole budou diskutovány změny v klinických položkách celkového souboru naměřené při druhém hodnocení rizika recidivy po přibližně 5 měsících ochranné léčby. Rozdíly a konkrétní hodnoty přítomnosti a relevance klinických faktorů HCR-20 (V3) jsou opět přehledně kategorizovány níže v tabulce č. 9.

Níže v tabulce jsou znázorněny hodnoty klinických položek HCR-20 (V3) označené v prvním řádku C1 až C5 a OC-C při prvním a při druhém měření rizika recidivy u daných 21 probandů, kteří jsou opět označeni písmeny A až T. Hodnoty prvních měření rizika recidivy jsou opět popsány v prvním řádku daného pacienta a v druhém řádku lze najít hodnoty druhého měření rizika recidivy. Za označením pacienta je také barevně uvedena zkratka písmen **P** (psychiatrické ochranné léčení), **S** (sexuologické ochranné léčení), **PA** (protialkoholní ochranné léčení), **PT** (protitoxikomanické ochranné léčení), podle toho, jaký druh ochranné léčby byl danému pacientovi nařízen. Položka OC-C (Další klinické faktory), podobně jako OC-H, obsahuje další kritická data z anamnézy pro tvorbu terapeuticko-resocializačních plánů a pro zhodnocení, jak se dané faktory podílely na spáchání násilného trestného činu u konkrétního pacienta. Za každým lomítkem je opět uvedena hodnota relevance daného faktoru u všech pacientů, přičemž relevance je stejně jako přítomnost faktoru hodnocena v obou měřeních. **Změny ve faktoru** jsou **označeny oranžově**, přičemž **specifikace změny** v konkrétní položce je **vyznačena zeleným číslem**, stejně tak jako u tabulky výše.

PACIENT	C1/R	C2/R	C3/R	C4/R	C5/R	OC-C/R
A (S) 1.měření	1 (0,0,1)/2	0/0	1 (om.,1,om.)/0	1 (1,1,1)/1	2 (2,1)/2	2/2 sex.dg.
2.měření	1 (1,1,0)/2	0/0	0 (om.,0,om.)/0	1 (1,1,1)/1	0 (0,0)/0	2/2 sex.dg.
B (S) 1.měření	2 (2,2,0)/2	2/2	0 (0,0,0)/0	2 (2,2,1)/2	1(0,1)/2	2/2 sex.dg.
2.měření	2 (1,2,1)/2	1/2	0 (0,0,0)/0	1 (1,1,1)/2	1(1,1)/2	2/2 sex.dg.
C (S) 1.měření	1 (om.,1,0)/2	0/0	OMITTED	2 (2,1,1)/2	1 (1,1)/2	1/2 sex.dg.
2.měření	1 (om.,1,1)/2	1/1	OMITTED	2 (2,1,1)/2	1 (1,1)/2	1/2 sex.dg.
D (S) 1.měření	2(om.,2,2)/2	0/0	OMITTED	2 (2,2,1)/2	1 (0,2)/2	1/2 sex.dg.
2.měření	1 (om.,1,1)/2	0/0	OMITTED	2 (2,2,1)/1	1 (1,1)/2	1/2 sex.dg.
E (S) 1.měření	1(om.,1,0)/2	1/2	OMITTED	1 (1,1,1)/2	2 (2,1)/2	2/2 sex.dg.
2.měření	2(om.,2,2)/2	1/1	OMITTED	1 (1,1,1)/1	2 (2,2)/2	2/2 sex.dg.
F (S) 1.měření	1 (om.,2,0)/2	0/0	OMITTED	2 (2,2,2)/2	1(0,1)/2	1/2 sex.dg.
2.měření	2 (om.,2,2)/2	0/0	OMITTED	1 (1,1,1)/1	2 (2,2)/2	1/2 sex.dg.
G (S) 1.měření	2(om.,2,2)/2	2/1	OMITTED	0 (0,0,0)/0	2 (2,2)/2	2/2 sex.dg.
2.měření	2(om.,2,2)/2	0/0	OMITTED	0 (0,0,0)/0	2 (2,2)/2	2/2 sex.dg.
H (S) 1.měření	2(2,2,2)/2	0/0	2 (om.,om.,2)/1	2 (2,2,2)/2	1 (0,1)/1	1/1 sex.dg.
2.měření	2(2,2,2)/2	0/0	2 (om.,om.,2)/1	2 (2,2,2)/1	1 (1,1)/1	1/1 sex.dg.
CH (S) 1.měření	2(1,2,1)/2	1/1	1 (om.,1,om.)/0	2 (2,2,2)/2	1 (1,1)/1	1/2 sex.dg.
2.měření	2(0,2,2)/2	0/0	0 (om.,0,om.)/0	2 (2,2,2)/1	1 (1,1)/2	1/2 sex.dg.
I (S) 1.měření	2(om.,2,1)/2	1/2	OMITTED	1 (2,1,1)/1	2 (2,0)/2	1/2 sex.dg.
2.měření	2(om.,2,2)/2	0/0	OMITTED	1 (1,1,1)/1	2 (2,2)/2	1/2 sex.dg.
J (P) 1.měření	2(0,2,1)/2	0/0	1 (1,om.,om.)/2	2 (2,2,2)/1	2 (2,1)/2	/
2.měření	2(1,2,1)/2	0/0	1 (1,om.,om.)/2	2 (2,2,2)/1	2 (2,2)/2	/
K (PA+PT) 1.měření	1 (om.,2,0)/2	1/2	OMITTED	2 (2,2,2)/2	0 (0,0)/0	/
2. měření	1 (om.,0,1)/2	0/0	OMITTED	1 (1,1,1)/2	0 (0,0)/0	/
L (P) 1.měření	2 (1,2,2)/1	2/2	2 (0,0,2)/2	2 (2,2,2)/2	2 (2,2)/2	2/0 sex. dg.
2.měření	2 (1,1,2)/1	2/2	2 (0,0,2)/1	2 (2,2,2)/2	2 (2,2)/2	2/0 sex. dg.
M (P) 1.měření	1 (1,2,1)/2	0/0	1 (1, om.,om.)/2	1 (1,1,1)/1	2 (2,1)/2	0/0 neabst.
2.měření	1 (1,1,1)/2	1/2	1 (1, om.,om.)/2	2 (2,2,2)/2	1 (0,1)/2	0/0 neabst.
N (P) 1.měření	1 (0,1,0)/2	0/0	1 (1,om.,om.)/2	1 (1,1,1)/1	0 (0,0)/0	/
2.měření	0 (0,0,0)/0	0/0	1 (1,om.,om.)/2	1 (1,1,1)/1	0 (0,0)/0	/
O (P) 1.měření	0 (1,0,0)/0	0/0	0 (0,0,0)/0	0 (0,0,0)/0	0 (0,0)/0	/
2.měření	0 (1,0,0)/0	0/0	0 (0,0,0)/0	0 (0,0,0)/0	0 (0,0)/0	/
P (P) 1.měření	2 (1,2,2)/2	2/2	1 (1,om.,om.)/2	2 (2,1,2)/2	2 (2,1)/1	/
2.měření	1 (1,1,1)/2	1/2	1 (1,om.,om.)/2	2 (2,2,2)/1	1 (1,1)/2	/
Q (PA+PT) 1.měření	1 (1,2,1)/2	0/0	2 (0,0,2)/0	2 (2,2,2)/1	1 (0,1)/1	/
2. měření	1 (1,1,1)/2	0/0	2 (0,1,2)/0	2 (2,2,2)/1	2 (2,2)/2	/
R (P) 1.měření	1 (1,1,1)/2	1/2	1 (1,om.,om.)/2	0 (0,0,0)/0	1 (0,1)/2	/
2.měření	1 (1,1,0)/2	0/0	1 (1,om.,om.)/2	0 (0,0,0)/0	1 (1,0)/2	/
S (P) 1.měření	1 (om.,2,0)/2	1/2	OMITTED	2 (2,2,2)/2	0 (0,0)/0	/
2.měření	1 (om.,1,1)/2	0/0	OMITTED	1 (1,1,1)/1	1 (0,1)/1	/

T (P)	1.měření	1 (1,1,1)/2	0/0	OMITTED	1 (1,1,1)/2	0 (0,1)/0	/
	2.měření	1 (1,1,1)/2	0/0	OMITTED	0 (0,0,0)/0	0 (0,0)/0	/

Tab. č. 9 Klinické položky HCR-20 (V3) 1. a 2. měření

Vzhledem k menšímu hodnocenému časovému úseku, tedy několik měsíců zpět od hodnocení (faktory pojímané jako přítomnost), a i k předpokládaným změnám v těchto položkách, byly očekávány četnější změny v hodnotách těchto položek, než tomu bylo u položek historických HCR-20 (V3). Tento předpoklad byl v rámci měření potvrzen. Některé hodnoty klinických položek byly změněny, kdežto občasné byla změněna pouze jedna subpoložka, což však nevedlo k celkové změně hodnoty. U položky **C1 Náhled** došlo u 3 pacientů ke změnám této položky při druhém měření rizika recidivy, konkrétně ke snížení hodnot tohoto faktoru. Jednalo se o 22% pacientů s nařízenou OL psychiatrickou a o 10% pacientů s nařízenou OL sexuologickou. Zatímco u jiných 2 pacientů došlo při druhém měření rizika recidivy ke zvýšení hodnot těchto položek, a to konkrétně u pacientů s nařízenou sexuologickou OL. Tato pozitivní změna byla tedy sycena z 66,7% pacienty s nařízenou psychiatrickou OL a 33,3% pacienty s nařízenou sexuologickou OL. U 57% pacientů z celkového souboru došlo ke změnám jedné až tří subpoložek, přičemž celková hodnota položky zůstala nezměněna. Hodnota subpoložek byla někdy snížena, někdy však i zvýšena. U čtyř pacientů zůstala nezměněna celková položka C1, stejně tak jako její subpoložky. Konkrétně se jednalo o 20% pacientů s nařízenou sexuologickou OL a o 22% pacientů s nařízenou psychiatrickou OL.

U položky **C2 Násilná ideace či úmysl** došlo u 10 pacientů ke změnám této položky při druhém měření rizika recidivy. U 8 pacientů tedy došlo k předpokládanému snížení hodnoty klinické položky C2 Násilná ideace či úmysl, kdežto u 2 pacientů došlo s postupem léčby k jejímu zvýšení, přičemž se jednalo o 10% pacientů s nařízenou OL sexuologickou ze souboru sexuologických pacientů a o 11% pacientů s nařízenou OL psychiatrickou ze souboru pacientů s nařízenou OL psychiatrickou. Tudiž negativní změna, neboli zvýšení hodnot faktoru, byla tvořena z 50% sexuologickými pacienty a z 50% pacienty s OL psychiatrickou. Hodnoty této klinické položky byly sníženy konkrétně u 40% pacientů s nařízenou sexuologickou OL ze souboru sexuologických pacientů, u 33% pacientů s nařízenou psychiatrickou OL ze souboru s danou diagnózou a u 50% pacientů s nařízenou protialkoholní a protitoxikomanickou léčbou ze souboru pacientů s nařízenou PA a PT ochrannou léčbou. Pozitivní změna hodnot tohoto faktoru, tedy jejich snížení, byla tvořena z 50% pacienty s nařízenou sexuologickou OL, z 37,5% pacienty s nařízenou psychiatrickou

OL a z 22,5% pacienty s nařízenou PA a PT ochrannou léčbou. Dá se tedy zhodnotit, že v rámci ochranného léčení dochází postupným náhledem ke snížení výskytu násilných ideací a tím se snižuje nebezpečnost pacientů s nařízenou OL pro společnost.

U položky **C3 Aktivní symptomy závažné duševní poruchy** došlo ke změně hodnoty faktoru pouze u 9,5% pacientů z celkového souboru. Došlo zde k méně změnám než u ostatních klinických položek, na čemž se může podílet fakt, že u 43% pacientů tento faktor nebyl hodnocen a byl označen jako „OMITTED“ vzhledem k faktu, že v historické části HCR-20 (V3) se přítomnost tohoto faktoru u daných pacientů nevyskytla. U 20% pacientů s nařízenou sexuologickou léčbou ze souboru sexuologických pacientů došlo ke snížení hodnoty této položky. Tudiž pozitivní změna tohoto faktoru, tedy snížení jeho hodnoty, byla sycena z 100% sexuologickými pacienty. U těchto pacientů byly při prvním měření přítomny jisté depresivní symptomy, přičemž při druhém měření již byly залечены.

Změna hodnoty položky **C4 Nestálost** nastala u 6 pacientů, přičemž u 5 z nich došlo k poklesu této hodnoty, konkrétně se jednalo o 20% pacientů s nařízenou sexuologickou OL ze souboru sexuologických pacientů, o 22% pacientů s nařízenou psychiatrickou OL z psychiatrického souboru probandů a o 50% pacientů s nařízenou protialkoholní a protitoxikomanickou ochrannou léčbou z daného souboru s touto nařízenou OL. Snížení hodnot faktoru bylo tedy tvořeno z 40% pacienty se sexuologickou OL, tou samou hodnotou pacienty s psychiatrickou OL a z 20% pacienty s nařízenou protialkoholní a protitoxikomanickou OL. U 11 % pacientů, jimž byla nařízena psychiatrická ochranná léčba, nastalo zvýšení daného faktoru. Tudiž zvýšení hodnoty faktoru bylo syceno z 100% pacienty s psychiatrickou OL. Nestálost ve smyslu impulzivity může být tlumena psychofarmaky a zároveň může být ovlivněna i psychoterapeuticky. Předpokládané změny se týkají jak úrovně chování, které lze změnit, tak i zvládání svých emocí a kognitivních procesů (Webster & Jackson, 1997). U jiných pacientů došlo s postupem terapeutického programu ke změně subhodnot v oblasti afektivní a kognitivní a také v rámci relevance faktoru. Celková hodnota faktoru však zůstala nezměněna, tudíž tyto částečné změny nebyly natolik významné, aby došlo k celkové změně hodnoty faktoru Nestálost.

U faktoru **C5 Reakce na léčbu** došlo u 6 pacientů ke změnám hodnot, přičemž u 3 pacientů hodnota daného faktoru klesla. Tuto změnu sytili pacienti s nařízenou psychiatrickou OL z 66,7% a z 33,3% ji sytili pacienti s nařízenou sexuologickou OL. Konkrétně snížení hodnot dané položky nastalo u 22% pacientů s nařízenou psychiatrickou OL ze souboru psychiatrických pacientů a u 10% pacientů s nařízenou sexuologickou OL ze souboru

sexuologických pacientů. U 3 pacientů došlo k navýšení těchto hodnot, přičemž se jednalo o 10% pacientů s nařízenou OL sexuologickou ze souboru sexuologických pacientů, 11% mělo nařízenou OL psychiatrickou ze souboru psychiatrických pacientů a 50% mělo nařízenou OL protialkoholní a protitoxikomanickou z daného souboru. Tudíž zvýšení hodnot tohoto faktoru bylo syceno z 33,3% pacienty s nařízenou sexuologickou OL, tou samou hodnotou pacienty s nařízenou psychiatrickou OL a stejně tak, jako u 2 předešlých druhů OL, tomu bylo i u pacientů s nařízenou protialkoholní a protitoxikomanickou OL. U dalších pacientů došlo s postupem terapeutického programu ke změně subhodnot v oblasti dodržování léčby a vnímavost vůči léčbě a také v rámci relevance faktoru. Celková hodnota však zůstala nezměněna, tudíž tyto částečné změny nebyly natolik významné, aby došlo k celkové změně hodnoty faktoru C5 Reakce na léčbu.

Změny v položkách řízení rizik HCR-20 (V3)

V této subkapitole budou projednávány změny v položkách řízení rizik celkového souboru naměřené při druhém hodnocení rizika recidivy po přibližně 5 měsících ochranné léčby. Rozdíly a konkrétní hodnoty přítomnosti a relevance historických faktorů HCR-20 (V3) jsou opět přehledně kategorizovány níže v tabulce č. 10.

Níže v tabulce jsou znázorněny změny v položkách řízení rizik HCR-20 (V3) měřené po absolvování přibližně pěti měsíců ochranného léčení u vybraných 21 probandů. První řádek obsahuje položky od R1 po R5 a OC-R (Další kritické faktory řízení rizik), jež označují další významné informace vyvěrající z anamnézy pacienta, které se určitým způsobem pravděpodobně budou podílet na spáchání násilného trestného činu a budou hrát významnou roli pro tvorbu terapeuticko-resocializačních plánů. Za názvy faktorů za lomítkem je písmeno „R“, které určuje hodnotu relevance faktoru. Probandi jsou opět označeni v prvním sloupci písmeny A až T. Za označením pacienta je také uvedena zkratka písmen „P“, „S“, „PA“ či „PT“ podle toho, jaký druh ochranné léčby byl danému pacientovi nařízen. Změny v hodnotě faktoru jsou označeny oranžově, přičemž specifikace změny v konkrétní položce je vyznačena zeleným číslem, stejně tak jako u tabulek výše.

PACIENT	R1/R	R2/R	R3/R	R4/R	R5/R	OC-R/R
A (S) 1.měření	1/2	2/1	2/2	1 (0,1)/2	2/2	2/2 sex.dg.
2.měření	1/2	2/1	2/2	1 (0,1)/2	2/2	2/2 sex.dg.
B (S) 1.měření	1/2	2/1	2/2	1 (1,1)/2	2/2	2/2 sex.dg.

Vybrané psychologické aspekty posuzování nebezpečnosti, rizika recidivy a možnosti resocializace
pachatelů násilného trestného činu

	2.měření	1/1	0/0	1/1	1 (1,1)/2	2/2	2/2 sex.dg.
C (S)	1.měření	0/0	0/0	1/1	1 (0,1)/1	2/2	1/2 sex.dg.
	2.měření	0/0	0/0	0/0	1 (0,1)/1	2/2	1/2 sex.dg.
D (S)	1.měření	2/2	1/0	2/1	2 (1,2)/2	2/2	1/2 sex.dg.
	2.měření	0/0	0/0	0/0	1 (0,1)/2	2/2	1/2 sex.dg.
E (S)	1.měření	0/0	0/0	0/0	1 (1,0)/2	1/2	2/2 sex.dg.
	2.měření	2/1	2/0	0/0	2 (2,2)/2	1/1	2/2 sex.dg.
F (S)	1.měření	1/2	2/0	1/1	1 (1,0)/2	2/1	1/2 sex.dg.
	2.měření	0/0	2/0	2/1	2 (1,2)/2	2/1	1/2 sex.dg.
G (S)	1.měření	2/1	0/0	2/1	2 (2,2)/2	0/0	2/2 sex.dg.
	2.měření	2/1	0/0	2/1	2 (2,2)/2	0/0	2/2 sex.dg.
H (S)	1.měření	2/1	1/0	0/0	1 (0,1)/1	2/2	1/2 sex.dg.
	2.měření	1/0	0/0	1/1	1 (1,1)/2	2/1	1/2 sex.dg.
CH (S)	1.měření	2/2	2/1	2/1	1 (1,1)/1	2/2	1/2 sex.dg.
	2.měření	1/1	1/1	2/1	1 (1,1)/2	1/1	1/2 sex.dg.
I (S)	1.měření	0/0	1/2	0/0	1 (1,1)/2	2/2	1/2 sex.dg.
	2.měření	0/0	0/0	1/2	1 (1,1)/2	2/1	1/2 sex.dg.
J (P)	1.měření	1/2	2/2	1/2	1 (1,1)/1	2/2	/
	2.měření	1/2	0/0	1/2	1 (1,1)/2	2/2	/
K (PA+PT)	1.měření	0/0	0/0	0/0	1 (0,1)/2	1/2	/
	2. měření	0/0	1/1	0/0	1 (0,1)/2	1/2	/
L (P)	1.měření	0/0	2/0	2/1	2 (2,2)/2	2/2	2/1 sex. dg.
	2.měření	2/1	2/1	2/1	2 (2,1)/2	2/2	2/1 sex. dg.
M (P)	1.měření	1/2	1/2	0/0	2 (2,1)/2	2/2	2/2 neabst.
	2.měření	1/2	0/0	0/0	2 (1,2)/2	2/2	2/2 neabst.
N (P)	1.měření	0/0	2/2	2/2	0 (0,0)/0	2/2	/
	2.měření	0/0	0/0	0/0	0 (0,0)/0	1/1	/
O (P)	1.měření	0/0	0/0	0/0	1 (0,1)/2	2/2	/
	2.měření	0/0	0/0	0/0	0 (0,0)/0	2/2	/
P (P)	1.měření	1/2	0/0	1/2	1 (1,1)/1	2/2	/
	2.měření	1/2	0/0	1/1	2 (1,2)/2	2/2	/
Q (PA+PT)	1.měření	2/2	0/0	0/0	2 (1,2)/2	2/2	/
	2. měření	0/0	0/0	1/1	1 (1,1)/2	2/2	/
R (P)	1.měření	1/2	1/2	0/0	1 (0,1)/2	2/2	/
	2.měření	0/0	0/0	0/0	1 (0,1)/2	1/1	/
S (P)	1.měření	1/2	2/2	1/2	1 (1,0)/2	1/2	/
	2.měření	2/1	1/1	2/1	2 (1,2)/1	1/2	/
T (P)	1.měření	1/2	1/1	1/2	1 (0,1)/2	2/2	/
	2.měření	0/0	1/1	1/2	0 (0,0)/0	2/2	/

Tab. č. 10 Položky řízení rizik HCR-20 (V3) 1. a 2. měření

U 10 pacientů, tedy u 47,6% pacientů z celkového souboru došlo ke změně hodnot položky **R1 Sociální a zdravotnické služby a jejich programy** po absolvování přibližně pěti měsíců ochranné léčby. U 7 pacientů došlo ke snížení daných hodnot a u 3 pacientů došlo k jejich zvýšení. Tedy pozitivní změna v hodnotách faktoru R1 byla sycena z 57% pacienty sexuologickými, z 28,6% pacienty s nařízenou psychiatrickou OL a z 14,4% pacienty s nařízenou PA a PT ochrannou léčbou. Konkrétně snížení hodnot u tohoto faktoru se týkalo 40 % sexuologických pacientů, dále 22% pacientů s nařízenou psychiatrickou OL ze souboru psychiatrických pacientů a 50% pacientů s nařízenou protialkoholní a protitoxikomanickou OL. Zvýšení hodnot faktoru nastalo u 22% pacientů s nařízenou psychiatrickou ochrannou léčbou a u 10% pacientů, jimž byla nařízena OL sexuologická. Tedy tato negativní terapeuticko-resocializační změna byla tvořena z 66,7% pacienty s nařízenou psychiatrickou OL a z 33,3% pacienty s nařízenou sexuologickou OL. Zde můžeme také pozorovat mnoho změn v hodnotách tohoto faktoru. Nejspíše z důvodu, že pacienti, kterým bylo nařízeno OL formou ústavní poté musí pokračovat v OL formou ambulantní, kde opět musí plnit jisté podmínky. Forma léčení se však již obejde bez hospitalizace pacienta. Cílem OL ústavní formou je tedy také pacienty připravit na nutné doléčování formou ambulantní.

Co se týče faktoru **R2 Životní situace**, u 12 pacientů, tedy u 57% z celkového souboru došlo ke změně hodnoty této položky po přibližně pěti měsících ochranného léčení. U 10 pacientů došlo ke snížení hodnoty tohoto faktoru a u 2 pacientů nastalo zvýšení těchto hodnot. Pozitivní terapeutická změna, tedy snížení hodnot tohoto faktoru, bylo syceno z 50% pacienty sexuologickými a z 50% pacienty s nařízenou OL psychiatrickou. Tato pozitivní změna tedy nastala u 55,6% pacientů, kterým byla nařízena psychiatrická OL a dále u 50% sexuologických pacientů. Negativní terapeutická změna, tedy zvýšení hodnot faktoru R2, byla tvořena z 50 % pacienty sexuologickými a z 50% pacienty, jimž byla nařízena PA a PT ochranná léčba. Konkrétně se jednalo o změnu, která nastala u 10% sexuologických pacientů a u 50% pacientů s nařízenou PA a PT ochrannou léčbou. V rámci tohoto faktoru došlo k nejvíce změnám. Důležitou součástí ochranného léčení je totiž naučit se za sebe převzít zodpovědnost a umět si zajistit bydlení a finanční prostředky k obživě, aby pacient nemusel po ochranném léčení řešit existenciální problémy. Co se týče těchto faktorů, jsou významnými osobami v rámci OL sociální pracovníci, kteří se starají o finance pacientů a příp. jsou schopni kontaktovat další instituce, např. pro zajištění chráněného bydlení pacientů.

Faktor **R3 Osobní podpora** dostal změny při druhém měření rizika recidivy u 9 pacientů, tj. u 43% z celkového souboru. U 4 pacientů došlo ke snížení hodnoty daného

faktoru a u 5 pacientů došlo k jejímu zvýšení. Snížení hodnot u tohoto faktoru nastalo u 30% pacientů s nařízenou OL sexuologickou a u 11% pacientů s nařízenou OL psychiatrickou. Tuto pozitivní změnu sytili ze 75% sexuologičtí pacienti a ze zbývajících 25% pacienti s nařízenou OL psychiatrickou. Zvýšení hodnot u faktoru R3 se projevilo u 10% pacientů s nařízenou ochrannou léčbou sexuologickou, u 11% pacientů s nařízenou OL psychiatrickou a u 50% pacientů s nařízenou léčbou protialkoholní a protitoxikomanickou. Tato negativní terapeutická změna, tedy zvýšení hodnot položky R3, byla tedy sycena z 33,3% sexuologickými pacienty, z 33,3% pacienty s nařízenou OL psychiatrickou a z posledních 33,3% pacienty s nařízenou PA a PT ochrannou léčbou. Jedním ze znaků závislosti je právě zhoršení sociálních vztahů (Nešpor, 2011). Závislý člověk často blízkému okolí lže, daná psychoaktivní látka, po které baží, je pro něj na prvním místě. Rodina, přátelé a partneři se s touto situací jen těžko vyrovnávají. Tímto faktem lze také vysvětlit, proč u pěti pacientů došlo ke zvýšení hodnoty položky. Také u pacientů trpících schizofrenií či sexuální deviací může být těžké vztahy navázat a udržet. Někdy tomuto faktu brání také diagnostikovaná porucha osobnosti (Praško a kol., 2003).

V rámci faktoru **R4 Reakce na léčbu či supervizi** byla, stejně jako tomu je u faktoru C4, hodnocena Vnímavost a Dodržování léčby, avšak s tím rozdílem, že faktor R4 hodnotí blízkou budoucnost a faktor C4 přítomnost a pár posledních měsíců před daným hodnocením, tedy širší přítomnost. V rámci tohoto faktoru došlo ke změně hodnoty položky při druhém měření rizika recidivy u 8 pacientů, tj. u 38% z celkového souboru. Přičemž u poloviny z nich nastalo snížení dané hodnoty a u druhé poloviny zvýšení hodnoty. Snížení hodnot tohoto faktoru bylo syceno z 75% pacienty, kterým byla nařízena OL psychiatrická, a z 25% pacienty sexuologickými. Konkrétně nastalo u 10% pacientů s nařízenou OL sexuologickou a u 33% pacientů s nařízenou OL psychiatrickou snížení hodnoty tohoto faktoru. Zvýšení hodnot v rámci této položky je pak patrné u 20% sexuologických pacientů a u 22% pacientů, jimž byla nařízena OL psychiatrická. Tato negativní změna byla sycena z 50% výsledky profilů pacientů sexuologických a ze zbylých 50% výsledky pacientů psychiatrických. U jiných pacientů došlo s postupem ochranného léčení ke změně subhodnot v oblasti dodržování léčby i vnímavosti vůči ní a také v rámci relevance tohoto faktoru. Celková hodnota však zůstala nezměněna, tudíž tyto částečné změny nebyly natolik významné, aby došlo k celkové změně hodnoty faktoru R4 Reakce na léčbu či supervizi. Na změnách hodnot tohoto faktoru se zajisté podílel fakt, že sexuologičtí pacienti v průměru setrvávají v OL ústavní formou déle,

nežli závislí pacienti. Prognóza pacienta se také odvíjí od jeho přesně specifikované diagnózy a také od stádia onemocnění, ve kterém se pacient v dané chvíli měření nachází.

Pouze u 3 pacientů, konkrétně u 22% pacientů s OL psychiatrickou a u 10% pacientů s OL sexuologickou, došlo u položky **R5 Stres či zvládání** ke snížení hodnoty položky a u žádného pacienta nedošlo k jejímu zvýšení. Tuto pozitivní terapeutickou změnu tedy sytili z 66,7% pacienti s nařízenou OL psychiatrickou a z 33,3% sexuologičtí pacienti. Zvládání stresu či zátěže není jednoduché se naučit. Závislí jedinci často řeší zvládání zátěže pozitivním psychoaktivních látek (Nešpor, 2011). U sexuálních deviantů se při zátěži může projevit jejich deviace (Weiss, 2002), stejně jako u lidí trpících schizofrenií může dojít k dekompenzaci jejich psychického stavu (Finzen, 2011).

V rámci položek řízení rizik můžeme zaznamenat nejvíce změn. Tyto změny se týkají očekávání, že pacient bude v blízké budoucnosti po zaznamenání jistých pozitivních terapeutických změn v jeho profilu lépe ve společnosti či v léčbě fungovat tak, aby dospěl do stavu, kdy již nebude pro společnost a ani pro sebe nebezpečný.

Výsledky kvantitativní části výzkumu dle diagnóz

Níže uvádím jistá zobecnění vypočítaná z výsledků kvantitativní části výzkumu pro jednotlivé diagnózy – tedy pro pacienty s nařízenou léčbou sexuologickou, psychiatrickou a protialkoholní a protitoxikomanickou. Každá z těchto diagnóz má svá specifika a je důležité se při tvorbě terapeuticko-resocializačních doporučení zaměřit na jednotlivosti, které jsou u těchto diagnóz specifické. Vzhledem k počtu probandů v rámci jednotlivých diagnóz musíme být při zevšeobecňování faktů velice opatrní. Určitý nástin je tedy uveden níže.

Z výše pozorovaných výsledků se můžeme domnívat, že pacienti se sexuologickou diagnózou, jimž bylo nařízeno ochranné léčení, získávají náhled na své onemocnění a na riziko recidivy pravděpodobně pomaleji, než pacienti, kterým bylo nařízeno ochranné léčení psychiatrické. Dále sexuologičtí pacienti jsou více rezistentní vůči terapeuticko-resocializačním změnám v rámci ochranného léčení, čemuž odpovídá i praktická zkušenost z PN Bohnice, kde je průměrná délka léčby u pacientů s nařízenou sexuologickou ochrannou léčbou delší, než u pacientů, jimž bylo nařízeno ochranné léčení psychiatrické či protialkoholní a protitoxikomanické. Pokud nedocházelo ke snížení hodnot položek HCR-20 (V3), bylo tomu tak u sexuologických pacientů, kteří byli vysoce nebezpeční a byli bez náhledu na riziko recidivy, kdežto u psychiatrických pacientů většinou nedocházelo ke změně

položek HCR-20 (V3), protože u pacientů se již vyskytovalo nízké riziko recidivy a tudíž ke zlepšení již dojít nemohlo nebo u nich mohlo dojít pouze k mírnému zlepšení.

Pro všechny tři typy diagnóz, tedy pro pacienty závislé, sexuologické i psychiatrické trpící onemocněním ze schizofrenního okruhu je často složité přizpůsobení se režimu léčby, jak je vidět výše z výsledků výzkumu. Závislí jedinci, když neabstínují, režim nedodržují, tudíž je pro ně náročné se po delší době neabstinence přizpůsobit režimu ochranného léčení. Chaos a nepravidelnost různých činností je pro závislé neabstinenty charakteristická. Dále pro psychiatrické pacienty, kteří trpí onemocněním ze schizofrenního okruhu, je velice náročné sociálně fungovat mezi ostatními pacienty. Tudíž dodržování režimu a přizpůsobení se pravidlům léčby může být pro tyto pacienty obtížné ze sociálního úhlu pohledu. U sexuologických pacientů v dodržování režimu léčby může hrát roli nemotivovanost ke spolupráci, stejně však jako u dvou předchozích diagnóz.

Co se týče pacientů, kterým byla nařízena léčba protialkoholní a protitoxikomanická, nelze nějaké závěry zevšeobecňovat kvůli nedostatečné velikosti vzorku.

Posouzení rizika recidivy dle diagnóz

V následujících tabulkách je uvedeno posouzení rizika recidivy dle jednotlivých diagnóz. Nejprve je tedy uvedena tabulka č. 11 pro pacienty s nařízenou ochrannou léčbou sexuologickou, dále tabulka č. 12 s posouzením rizika recidivy pro pacienty s nařízenou ochrannou léčbou psychiatrickou a nakonec tabulka č. 13 pro pacienty s nařízenou ochrannou léčbou protialkoholní a protitoxikomanickou. Pacientům byla ponechána původní označení, tedy písmena A až T, aby si čtenáři mohli spojit výsledky rizika recidivy s výše popsány mi skórováními v položkách HCR-20 (V3). **Změny při druhém měření** jsou **označeny zeleně**. Pro přehlednost uvádím význam a překlad užitých zkratk a výrazů, které jsou níže v tabulkách užívány.

Označení probandů:

- A až T

Hodnocené kategorie:

- **Future Violence** – Násilí v budoucnosti
- **Serious Physical Harm** – Těžké ublížení na zdraví
- **Imminent Violence** – Násilí v blízké budoucnosti

Hodnocení rizika recidivy:

- **High** - Vysoký
- **Moderate** - Střední
- **Low** – Nízký

Pacienti s nařízenou sexuologickou ochrannou léčbou

Nejprve uvedu konkrétní posouzení rizika recidivy u pacientů s nařízenou ochrannou léčbou sexuologickou v termínech metody HCR-20 (V3).

Pacient	Future Violence	Serious Physical Harm	Imminent Violence
A 1. měření	Moderate	Low	Moderate
2. měření	Moderate	Low	Low
B 1. měření	High	High	High
2. měření	High	High	Moderate
C 1. měření	Moderate	Low	Low
2. měření	Moderate	Low	Low
D 1. měření	Moderate	Moderate	Moderate
2. měření	Low	Low	Low
E 1. měření	Moderate	Moderate	Low
2. měření	Moderate	Moderate	Moderate
F 1. měření	Moderate	Moderate	Moderate
2. měření	High	Low	Low
G 1. měření	Moderate	Moderate	Moderate
2. měření	High	Low	Moderate
H 1. měření	Moderate	Moderate	Moderate
2. měření	High	Low	Moderate
CH 1. měření	High	High	High
2. měření	Moderate	High	Low
I 1. měření	High	High	High
2. měření	High	Moderate	Moderate

Tab. č. 11 Posouzení rizika recidivy u pacientů s nařízenou sexuologickou OL

Z výše načrtnuté tabulky můžeme pozorovat, že při druhém měření rizika recidivy bylo 5 sexuologických pacientů označeno jako pacienti s vysokou pravděpodobností spáchání opětovného NTČ v budoucnosti, tedy s vysokým rizikem recidivy. U 4 sexuologických pacientů bylo posouzeno riziko recidivy jako střední a u 1 pacienta z tohoto souboru jako nízké. U 2 pacientů nastalo při druhém měření rizika recidivy jeho snížení a u 3 nastalo zvýšení, a to konkrétně na vysoké riziko recidivy. Co se týče pravděpodobnosti těžkého

ublížení na zdraví, bylo 6 pacientů se sexuologickou diagnózou ohodnoceno jako nízkoriziková, u 2 pacientů bylo shledáno střední riziko a u 2 pacientů bylo vyhodnoceno riziko vysoké. U všech pacientů, u kterých v rámci tohoto hodnocení nastala změna, došlo ke snížení rizika recidivy, a to konkrétně ve 4 případech na nízké riziko těžkého ublížení na zdraví a v 1 případě na riziko střední. Při druhém měření rizika recidivy bylo 5 sexuologických pacientů označeno jako pacienti se střední pravděpodobností spáchání opětovného NTČ v blízké budoucnosti. Zbylých 5 pacientů bylo ohodnoceno jako pacienti s nízkou pravděpodobností spáchání NTČ v blízké budoucnosti. U 6 pacientů nastalo snížení rizika recidivy v této oblasti a u 1 pacienta bylo zhodnoceno zvýšení rizika recidivy v blízké budoucnosti. Nutno dodat, že při aktuálním posouzení žádný z těchto pacientů nezrecidivoval, tedy nespáchal opětovně NTČ. 7 z 10 pacientů se stále nachází v ochranném léčení v PNB, jehož ústavní forma stále nenaplnila svůj účel, a 3 pacientům již byla ústavní forma OL přeměněna na formu ambulantní a v PNB již opakovaně hospitalizováni nebyli.

Pacienti s nařízenou psychiatrickou ochrannou léčbou

Níže uvádím konkrétní posouzení a změny v hodnocení rizika recidivy u pacientů s nařízenou psychiatrickou ochrannou léčbou při prvním a druhém posouzení rizika recidivy.

Pacient		Future Violence	Serious Physical Harm	Imminent Violence
J	1. měření	High	High	High
	2. měření	High	High	Moderate
L	1. měření	High	High	High
	2. měření	High	High	High
M	1. měření	Moderate	Moderate	Moderate
	2. měření	High	High	Low
N	1. měření	Moderate	High	Moderate
	2. měření	Low	High	Low
O	1. měření	Low	Low	Low
	2. měření	Low	Moderate	Low
P	1. měření	High	Moderate	Moderate
	2. měření	Moderate	Moderate	Low
R	1. měření	Low	Moderate	Moderate
	2. měření	Low	High	Low
S	1. měření	Moderate	Moderate	Moderate
	2. měření	High	Moderate	Low
T	1. měření	Moderate	Low	Low
	2. měření	Moderate	Low	Low

Tab. č. 12 Posouzení rizika recidivy u pacientů s nařízenou psychiatrickou OL

Z výše uvedené tabulky můžeme vyčíst, že při druhém měření rizika recidivy byli 4 psychiatři pacienti označeni jako pacienti s vysokou pravděpodobností spáchání opětovného násilného trestného činu v budoucnosti, tedy s vysokým rizikem recidivy. U 2 pacientů s nařízenou psychiatrickou ochrannou léčbou bylo ohodnoceno riziko recidivy jako střední a u 3 pacientů z daného souboru jako nízké. U 2 pacientů nastalo při druhém měření rizika recidivy jeho snížení a u 2 nastalo zvýšení, a to konkrétně na vysoké riziko recidivy. Ohledně pravděpodobnosti rizika těžkého ublížení na zdraví bylo 5 pacientů s nařízenou psychiatrickou OL posouzeno jako vysokoriziková, u 3 pacientů bylo zhodnoceno střední riziko spáchání těžkého ublížení na zdraví a u 1 pacienta bylo posouzeno riziko nízké. U všech pacientů, u nichž v rámci tohoto hodnocení nastala změna, došlo ke zvýšení rizika recidivy, a to konkrétně ve 2 případech na vysoké riziko spáchání těžkého ublížení na zdraví a v 1 případě na střední riziko spáchání těžkého ublížení na zdraví. Při druhém měření rizika recidivy bylo 7 psychiatrických pacientů označeno jako pacienti s nízkou pravděpodobností spáchání opětovného násilného trestného činu v blízké budoucnosti, 1 pacient byl ohodnocen jako proband se střední pravděpodobností spáchání NTČ v blízké budoucnosti a 1 psychiatrický pacient byl posouzen jako proband s rizikem vysokým. U 6 pacientů nastalo snížení rizika recidivy v této oblasti, přičemž u 5 z nich došlo ke snížení na nízké riziko recidivy a u 1 pacienta na střední riziko recidivy. Shrnutím, **2 probandi ze souboru pacientů s nařízenou psychiatrickou ochrannou léčbou zrecidivovali**, tedy oba spáchali opětovně NTČ. 1 pacient z 9 se stále nachází v ochranném léčení v PNB, jehož ústavní forma stále nenaplnila svůj účel, u 3 pacientů již byla ústavní forma OL přeměněna na formu ambulantní a v PNB již opakovaně hospitalizováni nebyli, 1 pacient se aktuálně nachází ve VTOS, dalšímu pacientovi, jenž, jako předchozí pacient, zrecidivoval, byla přeměněna ambulantní forma ochranného léčení zpět ve formu ústavní, 1 pacient byl hospitalizován v PN Bohnice, ale na otevřeném oddělení a dva pacienti navštívili v PN Bohnice Centrum krizové intervence bez nutnosti hospitalizace.

Pacienti s nařízenou protialkoholní a protitoxikomanickou ochrannou léčbou

Zde je popsáno konkrétní posouzení a změny v hodnocení rizika recidivy u pacientů s nařízenou protialkoholní a protitoxikomanickou ochrannou léčbou při prvním a druhém měření rizika recidivy. Tento vzorek je tvořen pouze dvěma probandy.

	Pacient	Future Violence	Serious Physical Harm	Imminent Violence
K	1. měření	Moderate	Low	Low
	2. měření	Low	Low	Low
Q	1. měření	Moderate	Moderate	Moderate
	2. měření	Moderate	Moderate	Low

Tab. č. 13 Posouzení rizika recidivy u pacientů s nařízenou PA a PT OL

Z výše popsané tabulky můžeme vyčíst, že první pacient s nařízenou protialkoholní a protitoxikomanickou léčbou byl při druhém posouzení rizika recidivy označen jako proband s nízkým rizikem recidivy a druhý vykazoval riziko střední. Změna v této oblasti nastala pouze u prvního probanda, kdy kleslo riziko recidivy ze středního rizika na nízké. Riziko spáchání těžkého ublížení na zdraví bylo po druhém měření u prvního pacienta nízké a u druhého pacienta střední, přičemž k žádné změně mezi prvním a druhým posouzením rizika recidivy nedošlo. Co se týče pravděpodobnosti spáchání opětovného násilného trestného činu v blízké budoucnosti, byla u obou pacientů po druhém měření ohodnocena jako nízká, přičemž ke snížení rizika došlo u druhého pacienta, u prvního probanda zůstala hodnota nezměněna. Ani jeden z těchto pacientů nezrecidivoval, nicméně jeden z těchto pacientů byl opět hospitalizován v PN Bohnice, ale na otevřeném oddělení a byl již z léčby propuštěn.

Z porovnání rizika recidivy daných diagnóz vyplývá, že u pacientů s nařízenou sexuologickou ochrannou léčbou se spíše vyskytovalo snížení rizika recidivy ohledně pravděpodobnosti spáchání těžkého ublížení na zdraví, kdežto u pacientů s nařízenou psychiatrickou OL nastalo většinou zvýšení rizika recidivy v této oblasti. Na závěry tohoto hodnocení měly také vliv výchozí položky, kdy u pacientů se sexuologickou léčbou se nevyskytovaly tak vysoké hodnoty v položce H1 Násilí. Dle složení vzorku sexuologických pacientů se dá říci, že tito probandi páchali méně násilí nežli pacienti psychiatričtí. Což potvrzují i výsledky z našeho výzkumu, kdy sexuologičtí pacienti byli spíše nízkorizikovní ohledně pravděpodobnosti spáchání těžkého ublížení na zdraví a pacienti psychiatričtí byli po druhém měření rizika recidivy spíše vysokorizikovní. Sexuologičtí pacienti byli dále hodnoceni jako více v blízké budoucnosti nebezpeční nežli pacienti s nařízenou ochrannou léčbou psychiatrickou, čemuž odpovídá i výše zmiňovaná delší průměrná doba ochranné léčby ústavní formou u sexuologických pacientů, než je tomu u pacientů psychiatrických. Nicméně **u pacientů sexuologických i psychiatrických docházelo většinou ke snížení rizika recidivy v blízké budoucnosti po druhém měření rizika recidivy, což vypovídá o**

efektivitě ochranného léčení v PN Bohnice u obou diagnóz. Z výzkumu dále vyplývá, že psychiatrickí pacienti mají vyšší riziko recidivy a opětovného se navrácení do psychiatrického zařízení. Nicméně v tomto případě je nutné brát v úvahu, že mnoho sexuologických pacientů z našeho vzorku nebylo ani po druhém měření rizika recidivy, ani aktuálně propuštěno z léčby. Závěry ohledně pacientů s nařízenou protialkoholní a protitoxikomanickou léčbou nejsou z důvodu malé velikosti vzorku možné. Nicméně nutná je opatrnost i při interpretaci u diagnóz sexuologických a psychiatrických.

6.2.2. Efektivita OL a následná doporučení pro resocializaci

Nyní může být pomocí zmapování změn poukázáno na efektivitu ochranné léčby u konkrétních pacientů, o které lze na základě níže uvedených změn v klinických položkách a v položkách řízení rizik HCR-20 (V3), příp. v historických položkách dané metody, uvažovat. Nejprve shrnu nastalé změny u jednotlivých pacientů, přičemž tyto změny by měly korespondovat s efektivitou ochranného léčení. Poté u 3 pacientů rozvedu tyto změny do konkrétních terapeuticko-resocializačních opatření. Přičemž daní pacienti budou vybráni tak, aby každému z nich byl soudně nařízen jiný druh ochranného léčení z důvodu větší názornosti práce s pacienty s nařízenou ochrannou léčbou psychiatrickou, sexuologickou, protialkoholní a protitoxikomanickou z hlediska následných resocializačních doporučení.

Změny u jednotlivých pacientů a efektivita ochranného léčení (OL)

U pacienta „A“ došlo při druhém měření rizika recidivy ke snížení hodnot v položkách C3 a C5, což znamená, že vlivem pravidelné účasti na psychoterapeutických skupinách a vlivem vhodné farmakoterapie došlo u tohoto pacienta ke stabilizaci jeho nálady. Dále byl pacient při druhém měření vůči OL vnímavý a postupným dodržováním řádu léčby již byl jeho život méně chaotický a pacient si tak mohl lépe vytvářet cíle do budoucna a soustředit se na jejich zvládnutí. Ochranné léčení bylo v tomto případě efektivní a již splnilo svůj účel, pacient pokračuje v ochranném léčení ambulantní formou.

U pacienta „B“ došlo ke snížení hodnot u položek C2, C4, R2 a R3. Tedy při druhém měření rizika recidivy měl již pouze zřídka fantazie s násilnickými obsahy. Na úrovni afektivní a behaviorální došlo k částečnému pozitivnímu posunu, kdy se naučil se svou nestálostí pracovat a vmezeřit před jednáním rozhodování o efektivitě svého jednání a o jeho důsledcích. Pacient si zajistil bydlení a začal systematicky splácet své dluhy. Také si urovnal vztahy s rodinou, ale stále se mu nedaří navázat pevný partnerský vztah. Dá se tedy říci, že

průběh ochranného léčení je pro tohoto pacienta efektivní. Nabývá výše pojmenovaných změn, které jsou v rámci léčení důležité. Riziko recidivy však u pacienta „B“ zůstává vysoké, a proto je tedy ještě třeba se soustředit na další faktory jako je získávání náhledu na svou sexuální deviaci a na důležitost plné abstinence. Stěžejní se také jeví práce s emocemi a posilování sociální zdatnosti pacienta a jeho copingových strategií. Sexuologické ochranné léčení ústavní formou u tohoto pacienta stále nenaplnilo svůj účel.

U pacienta „C“ bylo u položky C2 zaznamenáno navýšení hodnoty, avšak zároveň byla snížena hodnota položky R3. Daného pacienta podporovala rodina jak při prvním, tak při druhém hodnocení rizika recidivy, přičemž při druhém posouzení rizika recidivy již měl navázán partnerský vztah. U tohoto probanda se při prvním měření rizika recidivy násilná ideace nevyskytovala či ji neverbalizoval, kdežto při druhém měření se u něj již částečně násilná ideace vyskytla. V tomto případě neproběhlo mnoho změn, nicméně pacient byl celkově hodnocen jako jedinec se středním rizikem recidivy v obou měřeních a s nízkou pravděpodobností spáchání závažného násilí a násilí krátce po době měření rizika recidivy. Ačkoliv to v testu HCR-20 (V3) není příliš znatelné, ochranné léčení ústavní formou již u tohoto probanda naplnilo svůj účel a je otázkou, jak konkrétně se profil daného pacienta dle HCR-20 (V3) změnil, že pacient již dosáhl podmínek pro naplnění účelu léčby. Nicméně dle výsledku zde můžeme hodnotit OL jako efektivní.

U pacienta „D“ nastalo snížení hodnoty položek C1, R1, R2, R3 a R4. Při druhém měření rizika recidivy měl tento proband již částečný náhled na možné riziko recidivy i na potřebu léčby, kterou musí vzhledem ke své sexuologické diagnóze absolvovat. S tím souvisela i nutnost ambulantního doléčování, které také akceptoval jako nezbytnou součást léčby. Dále měl splacené dluhy a bydlení měl, stejně jako při prvním měření rizika recidivy, zajištěné u matky. Také si urovnal vztahy s rodinou a dokázal navázat partnerský vztah za účelem založení si nové rodiny. Pacient „D“ již léčbu při druhém měření dodržoval plně a byl vůči ní alespoň částečně vnímavý. Dle hodnocení v HCR-20 (V3) lze považovat ochrannou léčbu za efektivní. Tomu zároveň odpovídá i fakt, že ochranné léčení již naplnilo u tohoto pacienta svůj účel.

U pacienta „E“ došlo ke zvýšení hodnoty faktorů C1, R1, R2 a R4. Tento proband měl při prvním měření rizika recidivy částečný náhled na riziko násilí a plný náhled na potřebu léčby, avšak při druhém hodnocení již neměl náhled ani na riziko násilí, ani na potřebu léčby. Jeho postoj k léčbě se změnil. Nechtěl se léčit ani ústavně, ani ambulantně nyní, ani v budoucnu. U daného pacienta byl v průběhu léčby dokonce nalezen flash disk

s obsahem dětské pornografie. Pacient byl v odporu, nechtěl si zajišťovat bydlení, nechtěl převzít zodpovědnost za své činy a splácet své dluhy. Odpovědnost svaloval na někoho jiného, ať už na stát či na své blízké, což zapadá do kontextu disociálních rysů jeho struktury osobnosti. Bylo předpokladem, že toto nastavení vůči léčbě bude pokračovat i v blízké budoucnosti. U tohoto pacienta nemůžeme dle HCR-20 (V3) označit ochranné léčení za efektivní, stále nenaplnilo svůj účel. Práce s disociální strukturou osobnosti trpící sexuální deviací je dlouhodobá a terapeuticky náročná. Pacient aktuálně stále setrvává na pavilónu č. 5.

U pacienta „F“ došlo při druhém posouzení rizika recidivy ke zvýšení hodnot u faktorů C1, C5, R3 a R4, přičemž u faktoru C4 a R1 došlo ke snížení jejich hodnoty. Daný proband byl při druhém měření rizika recidivy bez náhledu na potřebu léčby, s čímž souvisí, že nedodržel její pravidla a nebyl vůči ní vnímavý, přičemž předpoklad byl, že toto nastavení bude dále pokračovat i v blízké budoucnosti. Pacient nedokázal vyloučit vyhledávání své předchozí oběti i v průběhu léčby. Nechtěl se vzdát kontaktu s ní. Dále ukončil partnerský vztah a neměl podporu svých příbuzných. Zároveň se však pacient mezi prvním a druhým měřením naučil alespoň částečně pracovat se svou nestálostí na úrovni afektivní, behaviorální i kognitivní, tudíž změna v této oblasti byla znát jak na úrovni prožívání, tak na úrovni myšlení i na úrovni chování. Tento proband si navíc byl při druhém měření rizika recidivy jist, že bude využívat ambulantních psychiatrických a sexuologických služeb a byl si vědom nutnosti jejich využívání. Dá se tedy říci, že v určitých ohledech bylo ochranné léčení pro pacienta „F“ efektivní. Zatím však převažuje nutnost další práce na jmenovaných rizikových faktorech. V tomto případě ještě ochranné léčení formou ústavní nenaplnilo svůj účel. Nicméně je pozitivní, že můžeme u pacienta zaznamenat alespoň kolísavou složku v hodnocení, která vypovídá o možnosti změny vzhledem k posouzení rizika recidivy, tudíž pacient není terapeuticky rezistentní.

Ke snížení hodnoty položky C2 došlo **u pacienta „G“**. Jiné změny zaznamenány nebyly. U pacienta „G“ se myšlenky na násilí vyskytovaly pouze při prvním měření, kdy tento faktor byl plně relevantní, při druhém měření rizika recidivy již myšlenky s násilným obsahem neverbalizoval. Aktuálně však nelze jejich přítomnost vyloučit. Pacient „G“ je již v důchodovém věku, kdy je náročnější dosáhnout terapeutických změn. Zde je spíše doporučován kognitivně-behaviorální přístup s předpokladem, že změny lze provést především na úrovni behaviorální (Knight, 2004). Pacient je vůči ochrannému léčení aktuálně rezistentní, což je třeba brát při posouzení rizika recidivy v potaz. Zároveň je však nutné zohlednit i vývoj sexuální deviace s věkem, zde konkrétně pedofilie. U pacienta „G“ tedy

ochranné léčení sexuologické stále nenaplnilo svůj účel, pacient ho stále podstupuje na pavilónu č. 5.

U pacienta „H“ došlo u faktorů R1 a R2 ke snížení hodnoty a u faktoru R3 ke zvýšení hodnoty. Zároveň u tohoto probanda došlo jako u jediného ke zvýšení hodnot u historických faktorů – konkrétně u faktoru H9 a H10. V rámci prvního měření se zde nevyskytovaly násilné postoje, ale při druhém posouzení rizika recidivy se již občasné vyskytly. Zároveň při druhém měření již pacient porušil pravidla léčby. Toto ojedinělé hodnocení lze vysvětlit tím faktem, že daný proband byl jediným, u koho se takováto změna mezi měřeními udála. Většina pacientů již měla násilné postoje a porušování podmínek léčby v anamnéze při prvním měření. Při druhém měření pacient částečně změnil názor a o ambulantní následné psychiatrické léčbě začal uvažovat, přičemž při prvním měření ji odmítal. Dále měl zajištěné bydlení u své pěstounské rodiny a dluhy již měl při druhém měření splacené. Rodina ho velice podporuje. Při prvním měření měl pak navázaný partnerský vztah, který se bohužel jeho bývalá přítelkyně rozhodla ukončit. Nutno podotknout, že tento pacient byl zbaven svéprávnosti, tudíž kompetence, ohledně finanční stránky jsou v rukách jeho rodiny. Stejně tak psychoterapie je u tohoto pacienta náročná vzhledem k faktu, že trpí lehkou mentální retardací, tudíž jeho kognitivní schopnosti jsou omezené a některých změn dosáhnout nelze. Kognitivní schopnosti jsou jedním z faktorů, jenž má jistý podíl na výsledku psychoterapeutických změn (Prout, 1994). Pacient stále v ochranném léčení ústavní formou setrvává, protože nenaplnilo svůj účel.

Dále došlo **u pacienta „CH“** ke snížení hodnot klinických položek C2 a C3. U téhož probanda byly při druhém měření rizika recidivy sníženy hodnoty položek řízení rizik R1, R2 a R5. Při prvním měření zde byly přítomny násilné ideace pouze částečně, přičemž při druhém měření již vymizely. Při prvním měření se u pacienta vyskytovaly jisté depresivní symptomy, přičemž při druhém měření již byly zaléčeny. Při prvním měření rizika recidivy tento proband nechtěl dále po ukončení ochranného léčení ústavní formou pokračovat v léčbě ambulantní, léčba mu připadala zbytečná a neefektivní. Při druhém posouzení však částečně změnil názor a o ambulantní následné psychiatrické léčbě začal uvažovat. Pacient „CH“ dále neměl při prvním hodnocení rizika recidivy zajištěné bydlení a měl miliónové dluhy. Při druhém posouzení rizika recidivy měl již dohodnuté chráněné bydlení, dluhy však stále nesplácel. Při prvním měření rizika recidivy zvládal zátěž velice těžko, při druhém posouzení rizika recidivy byl schopen zvládat zátěž alespoň částečně, osvojil si jisté copingové strategie. Pacient „CH“ byl v ochranném léčení již od roku 2004, přičemž v průběhu této doby bylo

prokázáno, že pacient je schopen terapeutických změn, ale prozatím nebyl schopen tyto změny trvale udržet a vrátil se k rizikovým způsobům jednání, kdy byl sám sobě i pro společnost nebezpečný. V minulosti porušoval režim oddělení (útěky, požití návykových látek), při druhém měření rizika recidivy spolupracoval, ale dále v průběhu léčby sociálně selhával - nebyl schopen hospodařit s majetkem, byl nezdrženlivý, nebyl schopen se adaptovat na život mimo ústavní prostředí, jak sociálně, tak sexuálně, sváděl vinu na okolí, byl nezodpovědný a nedařilo se mu respektovat řád a normy společnosti. V nedávné době si podal žádost o přeložení do jiné nemocnice, přičemž je prognózován návrat pacienta bez výrazného zlepšení, zároveň však nelze vyloučit, že k jistým pozitivním změnám v oblasti hodnocení rizika recidivy a jeho nebezpečnosti dojde. Pro hodnocení rizika recidivy z kazuistiky pacienta „CH“ vyplývá, jak důležité je zohlednit dlouhodobý vývoj pacienta, nikoliv posuzovat rizika recidivy pouze teď a tady, ale zohlednit je v celém kontextu jeho vývoje.

U pacienta „I“ došlo při druhém posouzení rizika recidivy ke snížení hodnot faktorů C2 a R2 a naopak ke zvýšení hodnoty faktoru R3. Při prvním měření rizika recidivy byly u tohoto probanda částečně přítomny násilné ideace, které již při druhém měření neverbalizoval. Z důvodu proměnlivosti hodnot v profilu tohoto pacienta však nelze aktuálně vyloučit, že jejich přítomnost se opět neobjevila. Daný pacient má neustálou podporu matky, u níž má zajištěné i bydlení, navíc systematicky již splácí své dluhy, přičemž většinou část měl v době druhého posouzení rizika recidivy splacenou. Bohužel se s ním rozešla přítelkyně, která ho podporovala. Pacient se pokoušel si najít novou partnerku, avšak porušil podmínky léčby tím, že si vyhledal na internetu dívku mladší 15 let, s kterou se pokoušel blíže seznámit a navázat s ní vztah. Jak již bylo řečeno výše, celkový profil pacienta je velice proměnlivý, chvílemi se jeví jako spolupracující v léčbě, kdy se jeho ochranné léčení zdá být efektivní, nicméně není schopen tyto pozitivní změny uchovat trvale a recidivuje. V době druhého měření však mohlo být ochranné léčení označeno jako efektivní v jistých výše zmiňovaných oblastech, nicméně je třeba se zaměřit na trvalé udržení nabytých změn, dále na náhled na sexuální deviaci, na empatický přístup vůči obětem, na abstinenci a na práci s emocemi a se svými impulzy. Pacient i nadále zůstává v PNB z důvodu, že ochranné léčení sexuologické vykonávané ústavní formou stále nenaplnilo svůj účel.

Hodnota klinické položky R2 byla snížena **u pacienta „J“**. Při prvním měření rizika recidivy neměl zajištěné bydlení a měl desetitisícové dluhy, které nesplácel. Při druhém měření rizika recidivy měl již zajištěné chráněné bydlení do budoucna a dluhy začal

systematicky a pravidelně splácet, přičemž téměř všechny již byly v té době splaceny. Jiné změny u tohoto pacienta při druhém posouzení rizika recidivy již nenastaly. Tento zaznamenaný posun v léčbě je sice malý, nicméně v tomto ohledu bylo ochranné léčení u daného pacienta efektivní. Pacient již desítku let setrvává v ochranném léčení, vůči terapeutickým změnám je spíše rezistentní. Pravidelně recidivuje požitím psychoaktivní látky, většinou požitím pervitinu či alkoholu. V pobývání v psychiatrické nemocnici shledává výhody a nesoustředí se na splnění účelu ochranného léčení, kde je důležité se zaměřit jak na léčbu onemocnění ze schizofrenního okruhu, tak na plnou abstinenci.

U pacienta „K“ došlo při druhém hodnocení rizika recidivy ke snížení hodnot faktorů C2 a C4, ale zároveň ke zvýšení hodnoty faktoru R2. Při prvním měření zde byly přítomny násilné ideace pouze částečně, přičemž při druhém měření již vymizely. Pacient se terapeuticky postupně učil žít se specifiky paranoidní poruchy osobnosti. Toto byl velice důležitý faktor v rámci ochranného léčení, dekompenzace paranoidní poruchy osobnosti se totiž významně podílela na spáchání trestného činu u tohoto pacienta. Při druhém měření se mu dařilo nestálost alespoň částečně udržet na všech třech úrovních, tedy na úrovni kognitivní, afektivní i behaviorální, kdežto při prvním měření byl označen jako nestálý. K těmto účelům pacientům pomáhá technika semaforu, kterou blíže popisuje Nešpor (2011). Rozvedena je tato technika níže v terapeuticko-resocializačních návrzích. Zároveň měl však pacient „K“ stále zajištěné bydlení, ale při druhém posouzení rizika recidivy přestal platit výživné a jeho finanční dluhy narůstaly. Zůstal po druhém měření rizika recidivy ještě chvíli v léčbě, ale poté byl již propuštěn, protože ochranné léčení ústavní formou již naplnilo svůj účel a nebyl tedy důvod nepřeměnit ústavní formu ochranného léčení ve formu ambulantní. Zde tedy můžeme označit ochrannou léčbu za efektivní.

U pacienta „L“ došlo pouze ke zvýšení hodnoty položky R1. Daný pacient chtěl při prvním měření plně využívat ambulantních psychiatrických služeb, ale při druhém měření se mu již léčba nezdála efektivní a nechtěl daných psychiatrických a dalších zdravotnických a sociálních služeb využívat ambulantně. Mnohokrát byl hospitalizován na psychiatrii již od dětství. V psychiatrické léčbě byl již 39 krát. Je to pacient, který je velice impulzivní a aktuálně terapeuticky rezistentní. Jeho úroveň kognitivních schopností se nachází v pásmu lehké mentální retardace. Naměřené riziko recidivy bylo v obou posouzeních opravdu vysoké, což dokládá i aktuální stav pacienta, který se nachází ve výkonu trestu za těžké ublížení na zdraví. Je to jeden ze dvou pacientů z našeho vzorku, který zrecidivoval. Zde tedy nemůže být ochranné léčení označeno za efektivní z důvodu jeho přerušení a spáchání recidivy.

U pacienta „M“ nastalo po druhém hodnocení rizika recidivy zvýšení hodnot faktorů C2 a C4 a snížení hodnot faktorů C5 a R2. Při prvním měření se zde násilná ideace nevyskytovala, kdežto při druhém měření se u daného pacienta již částečně násilná ideace vyskytla, konkrétně se jednalo o partnera příbuzné pacienta, k němuž choval pacient „M“ antipatie. Tento proband byl při prvním měření rizika recidivy nestálý pouze částečně, ale při druhém hodnocení rizika recidivy byl označen jako nestálý na úrovni afektivní, kognitivní i behaviorální. Dále zde nastaly i jisté pozitivní změny, tedy došlo i ke snížení hodnot rizika recidivy. Pacient „M“ při prvním měření léčbu nedodržoval, avšak při druhém hodnocení ji již dodržoval. Vnímavost vůči léčbě zůstala pouze částečná. Dále při prvním posouzení rizika recidivy bydlel u své přítelkyně, která ho podporovala, ale měl několikatisícové dluhy. Dluhy již při druhém měření splatil a bydlení měl stále zajištěné u své přítelkyně. Profil hodnot tohoto pacienta byl kolísavý, jak je vidět z aktuálního posouzení HCR-20 (V3), u některých položek došlo ke zvýšení hodnot, u některých ke snížení. Bylo ustanoveno, že ochranné léčení ústavní formou již naplnilo svůj účel a bylo přeměněno na formu ambulantní. Pacient však po několika měsících zrecidivoval a byl obviněn z těžkého ublížení na zdraví, a tím pádem bylo ochranné léčení přeměněno zpět na formu ústavní. Je to tedy druhý a zároveň poslední pacient z našeho vzorku, který zrecidivoval. Tato kazuistika poukazuje na důležitost určení intervalu mezi měřeními. Když bude proband posouzen jako vysoce prioritní případ s tím, že by u něj mělo být znovu brzy zhodnoceno riziko recidivy, může být posouzeno např. po měsíci, pokud bude třeba, a mohlo by se tak zabránit opětovnému spáchání násilného trestného činu.

U pacienta „N“ došlo ke snížení hodnot čtyř faktorů, a to konkrétně C1, R2, R3 a R5. Pacient „N“ byl při prvním měření ohodnocen jako pacient s částečným náhledem, a to konkrétně na riziko násilí. Při druhém měření již měl náhled na riziko násilí, na potřebu léčby i na závažnou duševní poruchu. Tento pacient neměl zajištěné bydlení a měl desetitisícové dluhy, které nesplácel. Při druhém měření rizika recidivy měl již zajištěné bydlení do budoucna a dluhy začal systematicky a pravidelně splácet, přičemž téměř všechny již byly v době druhého měření rizika recidivy splaceny. Pacient chtěl začít nový život, na něhož se bylo potřeba důkladně připravit. Našel si proto i novou práci. Dále obnovil vztahy s rodinou a dokázal si i najít partnerku, rodinu spolu v době druhého měření neplánovali. Pacient „N“ při prvním měření rizika recidivy zvládal zátěž velice těžko, ale při druhém posouzení rizika recidivy byl již schopen zvládat zátěž alespoň částečně, osvojil si jisté copingové strategie. U tohoto pacienta již ochranné léčení formou ústavní naplnilo svůj účel a bylo přeměněno na

formu ambulantní. Zde tedy může být ochranná léčba označena za efektivní, což dokazuje i hodnocení rizika recidivy dle katalogu HCR-20 (V3).

U pacienta „O“ došlo i v rámci tak nízkých původních hodnot položek ke snížení hodnoty položky R4 při druhém měření rizika recidivy. Tento proband při prvním posouzení rizika recidivy léčbu dodržoval, ale byl vůči ní jen částečně vnímavý, při druhém měření se již tato vnímavost prohloubila. U tohoto pacienta již k dalším změnám mezi prvním a druhým posouzením rizika recidivy nedošlo. Riziko recidivy zde bylo hodnoceno jako nízké v obou případech, tudíž ochranné léčení ústavní formou brzy po druhém měření naplnilo svůj účel a bylo přeměněno ve formu ambulantní, tudíž zde můžeme léčbu hodnotit jako efektivní.

Ke snížení hodnot položek C1, C2 a C5 došlo **u pacienta „P“**. Zároveň zde došlo i ke zvýšení hodnoty položky R4. Tento proband nabyl při druhém měření rizika recidivy částečný náhled, což bylo konkrétně zapříčiněno získáním částečného náhledu na riziko recidivy a na potřebu léčby, přičemž při obou měřeních zde byl přítomen částečný náhled na závažnou duševní poruchu. U pacienta „P“ se myšlenky na násilí vyskytovaly pouze při prvním měření, při druhém měření rizika recidivy se již objevovaly pouze částečně. Týkaly se rasové nenávisti. Dále při prvním měření rizika recidivy léčbu nedodržoval, avšak při druhém hodnocení ji již alespoň částečně dodržoval. Vnímavost vůči léčbě zůstala částečná. Od toho se odvíjel i odhad dodržování a vnímavosti léčby v blízké budoucnosti, tedy bylo předpokládáno při druhém posouzení rizika recidivy, že daný pacient nebude vůči léčbě vnímavý a bude ji dodržovat jen částečně. Dle profilu tohoto pacienta v HCR-20 (V3) můžeme označit ochranné léčení u tohoto pacienta za efektivní – můžeme pozorovat snížení hodnot klinických položek. Danému probandovi se nejspíše podařilo zapracovat i na dalších důležitých aspektech pro posouzení jeho rizika recidivy, protože ochranné léčení ústavní formou v jeho případě již naplnilo svůj účel a bylo přeměněno ve formu ambulantní.

U pacienta „Q“ bylo při druhém posouzení rizika recidivy zaznamenáno zvýšení hodnot položek C5 a R3 a snížení hodnot položek R1 a R4. Tento proband při prvním posouzení rizika recidivy léčbu dodržoval a byl vůči ní částečně vnímavý, kdežto při druhém posouzení již léčbu nedodržoval a ani vůči ní nebyl vnímavý. Při prvním i druhém měření ho podporovala rodina, ale při druhém měření již ztratil podporu přítelkyně, která s ním ukončila vztah. Tento pacient byl při prvním měření rizika recidivy ohodnocen tak, že nebude v budoucnu využívat nabízené zdravotnické a sociální služby, při druhém měření však své stanovisko přehodnotil a ambulantních psychiatrických služeb po naplnění účelu ochranného léčení využívat chtěl. Na základě celkového profilu pacienta pak bylo vyhodnoceno, že

v blízké budoucnosti bude pacient podmínky léčby dodržovat, to bylo shledáno při obou měřeních. Ale při prvním měření rizika recidivy bylo posouzeno, že daný proband v následující blízké budoucnosti vůči léčbě vnímavý nebude, kdežto při druhém dostal již jistých pozitivních terapeutických změn, a tak bylo vyhodnoceno, že bude částečně vnímavý vůči nařízenému ústavnímu ochrannému léčení. Jeho profil je opět kolísavý, nicméně při druhém hodnocení rizika recidivy bylo znát, že dostal mnoha pozitivních terapeutických změn, které přispěly ke snížení rizika recidivy. Tedy ochranné léčení bylo u pacienta „Q“ v jistých ohledech efektivní. Následně byl propuštěn z ochranného léčení vykonávaného ústavní formou a přešel plynule dle nařízení soudu do ochranné léčby formou ambulantní.

U pacienta „R“ došlo při druhém měření rizika recidivy ke snížení hodnot faktorů C2, R1, R2 a R5. U tohoto probanda se při prvním posouzení rizika recidivy ještě občasné objevovaly násilné ideace týkající se však spíše bludného přesvědčení, na které s postupem času dostal větší náhled a při druhém měření již tyto násilné ideace neverbalizoval. U pacienta „R“ nebylo jisté, zda v budoucnu bude využívat ambulantních psychiatrických služeb, ale při druhém měření rizika recidivy již byl o nutnosti vyžívání ambulantních psychiatrických služeb po ukončení OL ústavní formou přesvědčen. Dále měl při prvním posouzení rizika recidivy zajištěné bydlení se svou rodinou, ale měl několikatisícové dluhy. Dluhy již měl při druhém měření splacené a bydlení měl stále zajištěné u své rodiny. U tohoto pacienta došlo k přehodnocení zvládání zátěže po prvním měření rizika recidivy, kdy zvládal zátěž velice těžko, na schopnost zvládat zátěž alespoň částečně při druhém posouzení rizika recidivy. Dle profilu tohoto probanda v HCR-20 (V3) můžeme označit ochranné léčení za efektivní. Pacient byl zanedlouho po druhém měření rizika recidivy propuštěn z ochranného léčení ústavní formou do ochranného léčení formou ambulantní.

U pacienta „S“ došlo ke snížení hodnoty faktorů C2, C4 a R2, ale zároveň i ke zvýšení hodnot faktorů C5, R1, R3 a R4. Při prvním měření rizika recidivy se u něj částečně vyskytovaly násilné ideace, které se však již při druhém měření neobjevily. Při prvním měření byl označen jako nestálý, kdežto při druhém posouzení se mu podařilo svou nestálost alespoň částečně udržet na všech třech úrovních, tedy na úrovni kognitivní, afektivní i behaviorální. Tento pacient neměl při prvním hodnocení rizika recidivy zajištěné bydlení a měl statisícové dluhy. Při druhém posouzení rizika recidivy měl již dohodnuté chráněné bydlení, dluhy však stále nesplácel. Při prvním měření rizika recidivy léčbu dodržoval a byl vůči ní vnímavý, kdežto při druhém posouzení rizika recidivy byl již vnímavý pouze částečně, jeho postoj se tedy změnil. Zároveň však došlo u tohoto pacienta i ke zvýšení hodnot rizikových faktorů.

Pacient „S“ při prvním posouzení rizika recidivy uvažoval o využití ambulantních psychiatrických služeb. Při druhém měření již tyto služby v budoucnu využívat nechtěl. Nebyl při prvním měření podporován rodinou, ale měl dlouhodobý partnerský vztah, ve kterém nacházel oporu. Při druhém měření rizika recidivy však tuto oporu již neměl a ani rodina za ním v těžkých situacích nestála. Na základě profilu tohoto pacienta bylo v obou měřeních posouzeno, že tento pacient bude dodržovat léčbu jen formálně. Při prvním posouzení byl však hodnocen tak, že vůči léčbě bude vnímavý, ale to se změnilo při druhém hodnocení rizika recidivy, kdy bylo předpokládáno, že vůči léčbě v blízké budoucnosti vnímavý nebude. V rámci několika pozitivních terapeutických změn, které se u pacienta mezi prvním a druhým měřením udály, můžeme hodnotit léčbu jako efektivní. V některých faktorech však léčení efektivní nebylo, jak je vidět z profilu HCR-20 (V3). Pacient však pravděpodobně dostal dalších pozitivních terapeutických změn tak, že ochranné léčení ústavní formou naplnilo svůj účel a bylo přeměněno ve formu ambulantní. Zde však můžeme opět vidět **kolísavý profil pacienta dle HCR-20 (V3), který koresponduje s pozdějším opětovným přijetím pacienta zpět do psychiatrické nemocnice, nikoliv však s recidivou násilného trestného činu.**

A **u pacienta „T“** nastalo při druhém posouzení rizika recidivy snížení hodnot faktorů C4, R1 a R4. Tento proband byl při druhém měření označen jako nemající problém s nestálostí na všech třech úrovních (afektivní, kognitivní a behaviorální), kdežto při prvním měření zde byla popisována částečná nestálost. U pacienta „T“ nebylo jisté, zda v budoucnu bude využívat ambulantních psychiatrických služeb, ale při druhém měření již byl o nutnosti vyžívání ambulantních psychiatrických služeb po ukončení OL ústavní formou přesvědčen. Při prvním posouzení rizika recidivy zde bylo odhadováno, že daný pacient v blízké budoucnosti bude léčbu dodržovat, ale bude vůči ní jen částečně vnímavý, při druhém měření již bylo odhadováno, že se tato vnímavost prohloubí. Zde došlo ke snížení jak klinických faktorů, tak faktorů řízení rizik, tedy můžeme léčbu u tohoto pacienta označit za efektivní, což odpovídá faktu, že ochranné léčení ústavní formou již naplnilo svůj účel a bylo přeměněno ve formu ambulantní.

U většiny pacientů tedy můžeme považovat ochranné léčení za efektivní, alespoň v rámci posouzení některých pozitivních terapeutických změn. Stále však nebyl tento program v dané době efektivní pro všechny pacienty ve všech potřebných aspektech. Výše uvedené výsledky však poukazují na důležitost správného odhadu intervalů mezi měřeními rizika recidivy tak, aby příp. bylo zabráněno opětovnému spáchání násilného trestného činu. Pokud je pacient posouzen jako vysokorizikový, opětovné hodnocení rizika recidivy by mělo

proběhnout po kratším intervalu, např. po 3 měsících. V daném vzorku recidivovali spácháním opětovného násilného trestného činu dva pacienti. Je otázkou, jakou měrou by další posouzení rizika recidivy přispělo k zabránění recidivě. Dále bylo zjištěno, že někteří pacienti nezrecidivovali, ale z různých důvodů byli opět hospitalizováni v psychiatrickém zařízení. Je zajímavostí, že u těchto pacientů můžeme převážně naléznout kolísavý profil v nástroji HCR-20 (V3), který by mohl být indikátorem možné opětovné psychiatrické hospitalizace. Žádný program nemůže být považován za efektivní v jeden čas pro všechny pacienty ve všech měřených aspektech a z tohoto důvodu je důležité se zaměřit na jednotlivé měřené faktory, ve kterých ten který jedinec skóruje dle HCR-20 (V3) vysoko, tedy jsou pro riziko recidivy klíčové, a blíže je zkoumat. Na základě těchto problematických okruhů by se měl dále specifikovat terapeuticko-resocializační program, aby byla zvýšena jeho efektivita. Níže je naznačeno, jaký postup by mohl být v rámci zvýšení efektivity aplikován.

Terapeuticko-resocializační návrhy

U daných pacientů je důležité se zaměřit na ty faktory, kde selhávaly v prvním i v druhém měření, protože to signalizuje fakt, že žádná změna u nich po dobu pěti měsíců nenastala, že pacient si ještě neosvojil nějaký efektivní způsob jednání v dané oblasti. Konkrétně se jedná o efektivitu na úrovni kognitivní, afektivní a behaviorální. Co se týče položek, u nichž došlo k navýšení hodnoty, je dle mého názoru třeba zkoumat dané okolnosti, za nichž byla změna způsobena, protože pacient již prokazatelně jednou nabyl onoho efektivního jednání či způsobu uvažování nebo zpracování svých emocí, ale z nějakého důvodu se mu nedaří danou efektivní strategii v té době aplikovat, a je tedy třeba zkoumat proč. Nejlepším postupem při zkoumání zvýšení efektivity daného terapeuticko-resocializačního programu se tedy jeví ten, jenž je uveden v manuálu HCR-20 (V3). Tedy po určení přítomnosti a relevance daných faktorů, se zaměříme na formulaci jakési teorie rizika recidivy, která bude integrovat nám dostupné informace o zkoumaném jedinci. Poté formulujeme nejpravděpodobnější scénáře rizika recidivy a strategie, jak dané recidivě předcházet a získané závěry poté shrneme a zhodnotíme, kdy je třeba probanda opět přešetřit a jak se nám celkově v rámci posouzení rizika recidivy jeví (Douglas et al., 2013). Níže jsou uvedeny tři příklady, jak lze upravit terapeuticko-resocializační program u konkrétních pacientů dle skórování v metodě měření rizika recidivy HCR-20 (V3). Pacienti byli vybráni tak, že první pacient, tedy pacient „A“, podstupoval v dané době nařízenou ochrannou

sexuologickou léčbu, pacient „K“ podstupoval ochrannou léčbu protialkoholní a protitoxikomanickou a pacientovi „M“ byla nařízena ochranná léčba psychiatrická.

Pacient „A“

U pacienta „A“ je plně relevantní faktor H5 Užívání návykových látek pro riziko recidivy. Tudíž u tohoto pacienta bude důležité se zaměřit na schopnost abstinovat, konkrétně od alkoholu, na němž je pacient závislý. Je tedy důležité, aby si byl vědom své pozitivní i negativní motivace, vyvaroval se spouštěčů a škůdců (Nešpor, 2004). Dále je u tohoto pacienta vzhledem k jeho sexuologické diagnóze nutno pokračovat ve speciálně na tuto problematiku zacílené psychoterapii, kde se pacient bude učit žít s touto diagnózou, bude se učit empatii vůči druhým, porozumění svým emocím a v neposlední řadě by měla být součástí i terapie zaměřená na trestný čin (Fiedler, 2004). Dále je důležité, aby pacient „A“ získal během terapeuticko-resocializačního programu náhled na duševní poruchu a také náhled na fakt, že u něj stále hrozí riziko násilného jednání. Dále je nezbytné se v terapeuticko-resocializačním plánu u tohoto pacienta zaměřit na to, aby si pacient uvědomoval důležitost navázání na ústavní formy ochranného léčení formou ambulantní. Také je důležité pracovat na prohlubování schopnosti empatie a schopnosti navazování a udržení vztahů, a to nejen partnerských, ale i rodinných. V neposlední řadě je u pacienta důležité naučit se zvládat stres a zátěž, protože při zátěži, jak již bylo zmíněno výše, může dojít právě k recidivě, ať už sexuologické či alkoholové.

Pacient „K“

Stejně jako u pacienta „A“, i u pacienta „K“ bude důležité zaměřit léčbu na schopnost abstinence jak od alkoholu, tak i od drog, konkrétně od pervitinu a THC, přičemž na těchto třech psychoaktivních látkách je pacient závislý. Abstinence by však měla být plná od všech návykových látek. I v tomto případě by měl pacient pracovat na nalezení své negativní a pozitivní motivace, které budou složeny z důvodů, proč abstinovat. Být si vědom svých spouštěčů a vyvarovat se jich, naučit se zvládat bažení, vyhýbat se škůdcům a umět pracovat se svými emocemi bude u pacienta „K“ stěžejní. Dále je třeba, aby si pacient uvědomil své násilné postoje, které mohou přispívat k recidivě, a zároveň pracoval na jejich restrukturaaci. Pacient „K“ by se také během terapeuticko-resocializačního programu měl zaměřit na budování náhledu na potřebu léčby. Důležité je u závislých jedinců, aby doznali uvědomění, že sami abstinovat nedokážou, že se svou závislostí potřebují odborně pomoci. Dále je nutné

zaměřit se na schopnost sebeovládání, aby daný pacient nebyl zmítán svými impulzy a aby dokázal zapojit před své jednání kognitivní proces a dokázal tak využít metodu semaforu, kdy se jedinec nejprve zastaví, uvědomí si, co se děje, popřemýšlí o různých možnostech řešení dané problematické situace a následně se po zvážení výhod a nevýhod daných možností pro nějakou z nich rozhodne a jedná (Nešpor, 2011). Stejně jako u pacienta „A“ bude také důležité naučit se zvládat stres a zátěž z důvodu možného rizika recidivy.

Pacient „M“

Pacientovi „M“ bylo nařízeno ochranné léčení psychiatrické z důvodu spáchání trestného činu pod vlivem psychotické bludné produkce. Pacient trpí onemocněním schizofrenního okruhu, které se však vyvinulo z toxické psychózy, tudíž je u něj důležité se v rámci terapeuticko-resocializačního programu zaměřit nejen na zlepšování sociálních dovedností, včetně dovednosti navazování a udržování vztahů a schopnosti empatie, ale i na schopnost abstinence od psychoaktivních látek, přičemž pacient „M“ akt. preferuje alkohol, pervitin a THC, tudíž je veden jako proband s tzv. duální diagnózou. Také je důležité se zaměřit na restrukturuaci násilných postojů pacienta a nahradit je postoji sociálně efektivními. U pacienta „M“ bude stěžejní budování náhledu jak na riziko násilí, tak na onemocnění schizofrenního okruhu a na závislost, kterou pacient trpí, tak i na potřebu léčby, která bude muset dle nařízení soudu pokračovat po ukončení ústavní formy ve formě ambulantní. Stejně tak, jako u pacienta „K“, bude vhodné začlenit metodu semaforu do svého jednání, aby daný pacient před svou aktivitou včlenil do řetězce reakcí kognitivní proces, kdy se zastaví a promyslí možné varianty řešení problému a na základě zhodnocení té nejefektivnější bude jednat (Nešpor, 2011). Pacient by se měl dále naučit respektovat a dodržovat řád a pravidla, která jsou v rámci ochranného léčení stanovena a být vůči léčbě vnímavý, aby byla co nejvíce pro daného pacienta efektivní. Stejně jako u pacienta „A“ a „K“ bude také důležité naučit se zvládat stres a zátěž z důvodu možného rizika recidivy.

7. Diskuse

Cílem této práce bylo prohloubení uvedení nástroje HCR-20 (V3) do České republiky, jakožto nástroje na měření rizika recidivy, ale i jako podkladu k měření efektivity terapeuticko-resocializačního programu a tvorbě následných resocializačních doporučení. Objasněno bylo teoretické pozadí HCR-20 (V3), jeho administrace i vyhodnocení. V rámci kvalitativního výzkumu pak byl pomocí tří kazuistik demonstrován způsob užití tohoto nástroje. Dále byla kvantitativně zhodnocena efektivita ústavního ochranného léčení u 21 probandů a změny převážně v klinických položkách a položkách řízení rizik HCR-20 (V3) byly aplikovány do konkrétních resocializačních doporučení. Pozornost byla zaměřena nejen na jednotlivce, ale i na druhy ochranných léčeb. Vzhledem k uvedené aplikaci může dle mého názoru tento nástroj sloužit jak k měření efektivity terapeuticko-resocializačních programů, tak jako podklad k návrhu konkrétních resocializačních doporučení pro pacienty. Jak již potvrdily i zahraniční zdroje, nejnověji např. De Vries et al. (2015) či Belfrage, Fransson a Strand (2004) nebo ještě dříve Belfrage a Douglas (2002). Tyto výsledky však byly ovlivněny několika intervenujícími proměnnými, tudíž tento výzkum měl určité limity, které jsou specifikovány níže.

7.1. Limity výzkumu

7.1.1. Vliv subjektivity na hodnocení rizika recidivy

Schopnost určit hodnotu rizikových faktorů a celkového skóru HCR-20 (V3) je klíčová, proto Douglas et al. (2013) stanovují v manuálu této metody podmínky jejího užívání. Nejprve by měl být posuzovatel znalý v oblasti násilí. Měl by znát dostupné vědecké zdroje a výzkumy týkající se podstaty násilí, jeho příčin a programů zaměřených na snížení rizika násilné recidivy. Dále by měl mít zkušenosti s vedením individuálního pohovoru a s vyhodnocováním kolaterální či kazuistické historie. Trénink a zkušenosti v oblasti administrace a interpretace standardizovaných testů také přispívají ke zlepšení procesu užívání HCR-20 (V3). Poslední podmínkou pro uživatele HCR-20 (V3) je školení a zkušenosti v posuzování a diagnostikování psychických, osobnostních a s psychotropními látkami spojených poruch. Autoři však zmiňují určité výjimky, například pro výzkumné účely, pro užívání HCR-20 (V3). Uživatelé, kteří nenaplnují poslední podmínku, tedy expertízu v oblasti diagnostikování psychických, osobnostních a s psychotropními látkami spojených poruch, mohou HCR-20 (V3) i přesto užívat, pokud hodnotí rizikové faktory

vztažené k psychické poruše po konzultaci s odborníkem, který zmiňovanou kvalifikaci pro diagnostikování duševních poruch má, a vychází zároveň z dřívějších posudků psychických poruch u daného jedince kvalifikovanými odborníky. Co se týká mé osoby jako hodnotitele, všechny tři body byly splněny. Literaturu týkající se násilí jsem prostudovala důkladně i vzhledem k faktu, že jsem na Middlesex University v Londýně úspěšně absolvovala dvousemestrální předmět Violent Crime. Co se týče třetí podmínky užívání HCR-20 (V3), pracuji v PN Bohnice jako psycholog ve zdravotnictví v atestační přípravě, přičemž svá klinicko-psychologická vyšetření konzultuji s vedoucím psychologem PNB PhDr. Petrem Goldmannem. Autoři dále doporučují absolvovat trénink specializovaný na užívání HCR-20 (V3). Hodnotitelé by měli v každém případě důkladně prostudovat manuál tohoto nástroje s důrazem na základní informace, administraci a obsah rizikových faktorů. Uživatelé by taktéž měli znát aktuální problematiku týkající se násilí, měli by již absolvovat zkušební kazuistický případ, kdy např. na videu budou sledovat celý proces hodnocení s určitým jedincem. Hodnocení rizika recidivy pomocí HCR-20 (V3) by si měli na závěr hodnotitelé vyzkoušet pod supervizí kvalifikovaného odborníka, který má s daným nástrojem zkušenosti. HCR-20 (V3) ani jakoukoliv jeho jinou verzi nelze dle mého názoru používat bez splnění předchozích podmínek. Hodnotitelé musí mít určité zkušenosti a informace a musí mít k dispozici manuál HCR-20 (V3) tak, aby byli schopni relevantního posouzení. Proto by forenzní a psychiatrická zařízení v České republice měla tento fakt při používání HCR-20 (V3) či jeho jiné verze zohledňovat. Toto jsou nezbytné podmínky, které by měly být při užívání HCR-20 (V3) splněny. I když nedojde k jejich porušení, do hodnocení rizika recidivy ještě vstupují osobnostní faktory a motivace hodnotitele vzhledem k faktu, že jistá subjektivní složka zcela jistě může mít vliv na výsledek hodnocení rizika recidivy pomocí této škály.

Osobnostní faktory a motivace

Významnou intervenující proměnnou, která mohla ovlivnit výsledky hodnocení rizika recidivy probandů, jsou osobnostní faktory a motivace hodnotitele. I když je předpokládáno, že psycholog, jež je vyškolen v užívání nástroje HCR-20 (V3) bude hodnotit standardizovaně, nemůže být vyloučen vliv osobnostních faktorů a motivace na posouzení rizika recidivy, ačkoliv může být tento faktor eliminován skutečností, že daný psycholog si je této skutečnosti vědom, jako tomu bylo zde u této práce, kdy jsem se snažila veškeré subjektivní intervenující proměnné eliminovat. Například někteří jedinci posuzují spíše přísně, jiní mají sklon k přílišné mírnosti v hodnocení. Dále mé osobnostní vlastnosti mohly v interakci

s posuzovanými ovlivnit hodnocení jejich rizika recidivy. I když nechceme, někdo je nám více sympatický, jiný pacient pak méně. Důležité však je, aby si hodnotitel byl tohoto faktu vědom a snažil se ho eliminovat tak, aby tyto sympatie či antipatie do hodnocení nevstupovaly, alespoň na vědomé úrovni. Proti výše uvedenému zvažovanému zkreslení však stojí již dlouhodobější zkušenost autorky s užíváním nástroje HCR-20 (V3), proškolení autorky v této metodě i samotná struktura nástroje, která v rámci hodnocení určitým způsobem udává, kudy by se mělo hodnocení rizika recidivy ubírat a jaká by měla být jeho struktura, což k eliminaci subjektivity v procesu hodnocení výrazně přispívá. Což potvrzují i nejnovější výzkumy (De Vries et al., 2015). Dále je subjektivita eliminována faktem, že hodnotitelka užívá při posouzení rizika recidivy širší škálu zdrojů informací, přičemž některé jsou dány v dokumentaci. Co se týče motivace u hodnocení probandů, převažoval zájem o pacienta s tendencí mu pomoci a samozřejmě také získat data k napsání rigorózní práce, která by přispěla k zefektivnění resocializace psychiatrických pacientů a tím pádem k jejich větší spokojenosti.

Na výsledky hodnocení rizika recidivy probandů pomocí HCR-20 (V3) neměla vliv pouze osobnost a motivace posuzovatele, ale také osobnost a motivace posuzovaných. Interpretace chování např. u jedinců trpících poruchou osobnosti byla ztížená vzhledem k faktu, že jedinci trpící poruchou osobnosti vnímají realitu přes svůj osobnostní filtr, který je jistým způsobem v rámci porovnání normy ve společnosti, deviantní. Daní jedinci mají např. potřebu jevit se v lepším světle, nebo zatajovat informace, či se chlubit svým trestným činem nebo přehánět například v oblasti sexuálních vztahů. Problém může nastat, pokud nejsou relevantní informace dohledatelné v dostupné dokumentaci o probandech. Někteří z pacientů určité informace zatajovali, někteří se odpovědím vyhýbali. Tento faktor byl eliminován dohledáním informací z objektivní dokumentace a konzultací s kolegy z PN Bohnice. Dále, jak upozorňuje Gillernová a Boukalová (2006), u jedinců, u kterých bylo naměřeno nízké riziko recidivy, podporují snížení rizika recidivy přirozené projektivní mechanismy, kdežto u odsouzených s těžkou disociální poruchou osobnosti i efektivní resocializační programy mohou vést pouze k zanedbatelným pozitivním změnám.

7.1.2. Složení vzorku

Pachatelů násilného trestného činu mužského pohlaví starších 18 let, kteří vykonávají soudně nařízenou ochrannou léčbu a zároveň mohou vzhledem ke stavu kognitivních funkcí a aktuálnímu psychickému stavu absolvovat 90 minutový pohovor a souhlasí se zpracováním

svých anamnestických údajů, není v České republice mnoho. Nicméně je otázkou, zda můžeme výsledky této studie zobecnit a vyjádřit se tak obecně k efektivitě ochranného léčení. Jak již bylo psáno výše, v této studii se nachází pacienti, kteří byli ochotni a schopni spolupracovat. Je velice pravděpodobné, že u chronických pacientů, kteří mají snížené kognitivní schopnosti a onemocnění je u nich v pokročilejším stádiu, by bylo riziko recidivy mnohem vyšší. Pro zajištění lepších podmínek by bylo vhodnější, aby byl vzorek probandů specifitější, konkrétně myslím realizování výzkumu buď pouze na pacientech, kteří mají nařízené ochranné léčení psychiatrické či protialkoholní či protitoxikomanické nebo sexuologické. Dalším požadavkem je, aby byl tento specifický vzorek větší. To by byla jedna možnost cesty výzkumu. Jako další se pak nabízí posouzení vzorku experimentální skupiny o velikosti alespoň 20 až 30 probandů, kteří v ústavní ochranné léčbě stráví přibližně půl roku a poté u nich ochranné léčení naplní svůj účel, tedy bude rozhodnuto o ambulantní formě ochranného léčení. Jako kontrolní skupina by pak bylo vybráno alespoň 20 až 30 pacientů, u nichž se z nějakého důvodu nepodařilo naplnit účel ochranného léčení ústavní formou, a stále v dané instituci setrvávají. Toto by byla cesta kvantitativního výzkumu, kdy by pak aplikací ANOVy, tedy analýzy rozptylu, mohlo být ověřeno, zda a v čem se liší jedinci, kteří zůstávají v ústavním ochranném léčení déle jak půl roku od těch, u nichž po tuto dobu ochranné léčení naplní svůj účel. Dalším omezením je, že vybraný vzorek samozřejmě neobsahuje pachatele, kteří jsou momentálně velice nebezpeční sobě či okolí a nechtějí spolupracovat, k těm jsem nebyla připuštěna z důvodu zachování vlastní bezpečnosti. Navíc, jeden z pacientů mi neudělil souhlas se zpracováním osobních údajů, musel být tedy ze studie vyřazen. Výzkumná mortalita, tedy ztráta probandů je ve studiích zabývajících se měřením efektivity resocializačních programů významnou intervenující proměnou. Shover (1991) referuje o faktu, že výzkumná mortalita tvoří 10% až 50% probandů z výzkumného vzorku, přičemž tito jedinci vykazují vyšší míru recidivy, nežli ti, kteří ve výzkumech zůstávají. Počet probandů v tomto výzkumu sice nebyl velký, ale byl zvolen vzhledem k nesnadné dostupnosti. Taktéž realizace pohovoru s probandem, konzultace s personálem a pročtení dostupné dokumentace bylo časově náročné. Získání všech dostupných informací k jednomu probandovi a následné posouzení rizika recidivy trvalo při prvním měření dohromady přibližně 4 hodiny a při druhém přibližně 3 hodiny.

7.1.3. Výhody a nevýhody HCR-20 (V3)

Výsledky posouzení rizika recidivy mohly být také ovlivněny samotnou konstrukcí nástroje. Z tohoto důvodu bych ráda zmínila výhody a nevýhody HCR-20 (V3). I když je HCR-20 (V3) velice dobrým pomocníkem při posuzování rizika recidivy pachatele a efektivity terapeuticko-resocializačního programu, stále zůstává pouze pomocným nástrojem k sestavení celkové prognózy možného budoucího kriminálního jednání daného jedince, a tak i zde mohou být zaznamenány jisté nedostatky. HCR-20 (V3) **nepracuje se systémem protektivních faktorů**, který by bylo taktéž vhodné zařadit do posouzení rizika recidivy spáchání násilného trestného činu. S takovýmto systémem protektivních faktorů pracuje např. test SAVRY, který je však pouze pro populaci do 17 let věku. SAVRY hodnotí protektivní faktory jako je prosociální angažovanost či resilientní osobnostní rysy.³ Jako další nevýhodu shledávám **názvy některých faktorů**, které jsou **formulovány pozitivně**, stejně jako v první verzi nástroje, tudíž posuzovatel musí mít neustále na mysli, že hodnotí rizikovost daného pachatele. Pozitivní formulace položek však může vyústit ve zmatení hodnotitele, jak už jsem se zmínila výše. Jako celkovou nevýhodu HCR-20 (V3) shledávám velkou roli **subjektivního hodnocení** daných faktorů. Je také otázkou, jak se promítne do hodnocení **osobnost hodnotitele**, jeho zkušenosti, jeho aktuální rozpoložení mysli a další faktory, které hodnotící proces mohou výrazně ovlivnit. Metodu HCR-20 (V3) v podstatě můžeme označit za typ dotazníku, přičemž dotazníky řadíme k subjektivním psychodiagnostickým metodám. Subjektivita se projevuje v tom, že, jak už bylo zmíněno výše, proband se může stylizovat do určité role, může simulovat či disimulovat apod. Nicméně HCR-20 (V3) se snaží tento vliv subjektivity eliminovat **konfrontací výpovědi probanda s objektivními zprávami**. Douglas et al. (2013) pak doporučují se přiklonit k údajům z objektivních zpráv nežli hodnotit na základě informací z individuálního pohovoru v případě konfrontace informací z těchto dvou zdrojů. Navíc HCR-20 (V3) na rozdíl od dotazníků nabízí **možnost zhodnocení interakčního stylu posuzovaného**. Dalším nedostatkem je **nezahrnutí parafilií do hodnocení** rizika recidivy pacientů. HCR-20 (V3) zohledňuje jako faktor rizika psychózy, závažné poruchy nálady a poruchy primárně poškozující intelekt, exekutivní funkce a/nebo sociální/interpersonální fungování. Avšak například přítomnost patologické sexuální agresivity u pacienta zvyšuje riziko jeho nebezpečnosti, což tato metoda nezohledňuje. Např. Weiss (2002) označuje tuto deviaci jako

³ Ireland, J., L. & Ireland, C., A. (2013, February). Forensic Risk Assessment Across the Lifespan (Training). The International Organisation of Forensic Practitioners in the UK.

nejnebezpečnější. Autoři doporučují HCR-20 používat i u delikventů trpících sexuální deviací, nicméně odkazují na možné, nikoliv však nutné, současné užití nástroje posuzující riziko recidivy u sexuálních deviantů jako je např. SVR-20. Jako poslední nevýhodu vidím **časovou náročnost** vyhodnocení nástroje, která je navíc od předchozích verzí prodloužena o **podbody rizikových faktorů a., b., c.** Tyto podbody však mohou být užitečné. Příkladem je položka H1, která je rozdělena na podbod a. - výskyt násilí v anamnéze do 12 let probanda, podbod b. - výskyt násilí v anamnéze probanda od 13 do 17 let věku a c. - výskyt násilí ve věku 18 let a více. Toto rozdělení je podstatné z důvodu, že násilí v mladistvém věku v anamnéze se ukazuje jako jeden z nejvýznamnějších faktorů pro posouzení rizika násilné recidivy (Herrenkohl et al., 2000).

Nicméně HCR-20 neaspíruje na to být exaktním nástrojem měření rizika recidivy pachatele, aniž by autoři nepřiznávali nutnost hodnocení posuzovatelů a jejich zralých diagnostických úvah k určení výsledku (Douglas, Webster, Hart, Eaves & Ogloff, 2001). HCR-20 (V3) je velice užitečným nástrojem, který pomáhá forenzním odborníkům přesněji určit riziko recidivy posuzovaného a zároveň může sloužit i jako metoda k zhodnocení efektivity terapeuticko-resocializačních programů s možností tvorby specifických následných resocializačních doporučení. Je to dále nástroj, na jehož základě **mohou forenzně-kliničtí odborníci své hodnocení podložit** a mohou se o něj opřít při interpretaci výsledků. Tato metoda vytváří podmínky pro **určení relevance rizikových faktorů a nejpravděpodobnějších scénářů násilné recidivy**, na jejichž základě se dá **sestavit vhodná metoda následných intervenčních programů**, čímž tento nástroj může být zařazen do **4. generace nejnovějších nástrojů posuzování rizika recidivy**. Tato metoda má aspiraci stát se jednotnou metodou posuzování rizika recidivy pachatelů ve forenzních zařízeních. Vzhledem k potřebě jednotné metody, která by prokazovala výši nebezpečnosti a určovala rizikové faktory vzniku budoucího násilí u jedince a díky níž by se dal navrhnout strategický plán dalšího zacházení, by forenzní odborníci mohli snáze a strukturovaněji formulovat svůj výsledek hodnocení rizika recidivy a návrhu dalších resocializačních intervencí pro odpovědné orgány a podpořit jej i o výsledky z dané metody. Vhodnou metodou pro tyto účely je tedy, právě v této studii užitý, nástroj HCR-20 (V3), což potvrzují nejen výzkumy v zahraničí, ale i tato předkládaná rigorózní práce.

7.2. Srovnání výsledků s předchozími výzkumy

Jak již bylo zmíněno výše, HCR-20 (V3) je novou verzí, která vyšla v květnu 2013, tudíž publikovaných výzkumů, ve kterých je tato metoda užívána není mnoho, přesto zde však některé z nich pro srovnání uvedu. Popsány budou i výzkumy, v nichž byla užita druhá verze nástroje HCR-20 z důvodu, že dle Douglase a Belfrage (2014) koreluje 2. verze této metody s tou třetí na úrovni 0,69-0,99. Douglas a Belfrage zároveň potvrzují v tomto výzkumu interrater reliabilitu nástroje HCR-20 (V3), jež je dobrá až excelentní. Také budou popsány výzkumy, v nichž byla měřena efektivita terapeuticko-resocializačních programů jinými hodnotícími nástroji na určitých specifických skupinách. Zmíněny budou i studie, v nichž byla hodnocena efektivita terapeuticko-resocializačního programu u chovanců nápravného zařízení bez psychiatrické diagnózy.

Nejprve tedy uvedu popis výzkumu z českého prostředí, který realizovala L. Houdková, jejíž práce si velice vážím. Tato psycholožka se zabývala hodnocením efektivity terapeuticko-resocializačního programu u mladých vězňů. Nepoužívala však nástroj HCR-20 (V3), nýbrž speciální nástroj, který byl již delší dobu vyvíjen vězeňskou službou pod vedením V. Jiříčky, vedoucího psychologa Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR. Tento nástroj je veden pod názvem SARPO a podrobněji je o něm pojednáno v teoretické části této rigorózní práce. Práce je také odlišná v tom že výzkum probíhal na vězeňské populaci, nikoliv na populaci psychiatrické. Svým druhem je však spolu s touto prací v České republice jedinečná. L. Houdková se zaměřila ve své dizertační práci z roku 2014 na měření efektivity resocializačního programu pro mladé odsouzené. Nutno podotknout, že je velice složité zajistit náhodnost vybraného vzorku ve vězeňském prostředí a realizovat v tomto prostředí výzkum tak, aby byly jeho výsledky zobecnitelné. Výše zmíněná psycholožka ve své práci prokázala statisticky významný rozdíl mezi experimentální a kontrolní skupinou - byly prokázány významné pozitivní změny v rámci osobnostních charakteristik u vybraných vězňů po ukončení daného resocializačního programu. Mezi tyto pozitivní změny patřilo nahlížení na sebe samého jako na schopného se mezi ostatními odsouzenými prosadit bez užití brachiální či verbální agrese, dále nabytí schopnosti se přizpůsobit příkazům autorit a schopnosti přijímat informace a efektivněji komunikovat. Daní probandů po absolvování terapeuticko-resocializačního programu uměli efektivněji řešit problémy a rozvinula se u nich větší schopnost empatie. Dále L. Houdková ve své práci prokazuje, že pokud nebude záměrně na dané jedince terapeuticko-resocializačně působeno, nemohou být očekávány změny u zkoumaných jedinců v oblasti snížení fobie, hysterie, deprese, anxiety, obsesionality a

somatických obtíží. Samo penitenciární prostředí tedy nestačí k nabytí jistých změn v chování a jednání vězňů. Po aplikaci terapeuticko-resocializačního programu došlo k pozitivním změnám především v oblasti vztahování se mezi sebou a snížil se i počet automutilací mezi danými probandy. Autorka v závěru práce shrnuje, že je důležité tzv. šít resocializační programy na míru jedincům, přičemž tento idiografický přístup přispívá významnou měrou ke zvýšení jeho efektivity (Houdková, 2014). Tento přístup se snažím podpořit i napsáním této rigorózní práce. Shoduji se s výše zmíněnou autorkou ve změření jistých pozitivních terapeutických změn po absolvování terapeuticko-resocializačního programu, avšak tyto změny jsou odlišné, neboť byly měřeny jiným nástrojem, odehrávaly se v jiném prostředí a samozřejmě i charakteristiky vzorku byly jiné. Ztotožňuji se se závěrečným tvrzením autorky v posouzení důležitosti idiografického přístupu při tvorbě resocializačních programů, přičemž však také dávám důraz na spojení s přístupem statistickým, a na této filozofii je metoda HCR-20 založena.

Na L. Houdkovou navazuje již výše zmíněný vedoucí psycholog Generálního ředitelství Vězeňské služby ČR V. Jiříčka ve své dizertační práci (2015), kde užívá nástroj HCR-20, 2. verzi. Výzkum byl podobně jako u L. Houdkové zaměřen na zodpovězení otázky, zda lze snížit hodnoty rizik, jež vedou k delikventnímu chování pomocí absolvování terapeuticko-resocializačního programu TERČ. Tento program je zaměřen na trestný čin a vychází ze švýcarského resocializačního programu Ambulant Intensivprogramm (AIP), jehož autorem je Frank Urbaniok (Urbaniok & Stürm, 2006). Výzkum probíhal ve věznicích Valdice, Vinařice, Rýnovice a Liberec. Do studie bylo zařazeno od roku 2008 do roku 2015 100 probandů, přičemž program dokončilo 65 odsouzených a 57 z nich již bylo propuštěno z VTOS. Z již propuštěných odsouzených, kteří absolvovali program TERČ, bylo vyloučeno z daného programu nebo zrecidivovalo 30,2% jedinců. U daných probandů pak byly zaznamenány pozitivní změny ve sledovaných oblastech životní spokojenosti, sebehledu, agresivitě a sebekontroly a emoční stabilitě. Co se týče pozitivních terapeutických změn v rámci posouzení poruch osobnosti u odsouzených, statisticky významné změny po absolvování programu TERČ pozorovány nebyly. Výše uvedené změny byly měřeny pomocí nástrojů HCR-20, PCL-R, MMPI-2, SPARO, NEO-PI-R, PSSI, DŽS a SOS-10, jež sloužily k posouzení výše zmíněných ale i jiných psychologických charakteristik a behaviorálních změn probandů (Jiříčka, 2015). V porovnání s výše uvedenou studií ve výzkumné části této rigorózní práce z již propuštěných pacientů z ochranného léčení v Psychiatrické nemocnici Bohnice opětovně spáchalo násilný trestný čin, čímž je zde míněna recidiva, pouze 15,4%

pacientů. Stejně jako u studie L. Houdkové výsledky nemůžeme příliš porovnávat z důvodu odlišnosti vzorku, prostředí, typu terapeutického programu i diagnóz probandů.

Dále, již v roce 2002, zkoumali Belfrage a Douglas efektivitu léčby u forenzních psychiatrických pacientů pomocí nástroje HCR-20, 2. verze. Autoři práce se snažili popsat možný vztah mezi mírou rizika recidivy a dobou strávenou v léčbě na 150 probandech ze dvou švédských nemocnic. Autoři studie předpokládali během léčby jisté změny v dynamických faktorech katalogu HCR-20. Pacienti byli třikrát posouzeni výše zmíněnou metodou. Výsledkem této studie bylo, že pacienti, kteří byli v léčbě déle, měli nižší hodnoty v klinické subškále HCR-20 i v subškále řízení rizik, nežli pacienti, kteří podstoupili kratší léčbu, přičemž u klinických položek tento pokles nebyl tak značný, jako u položek subškály řízení rizik, což bylo shledáno i ve výzkumu autorky této práce. Tyto výsledky tedy podporují fakt, že subškála klinická a subškála řízení rizik nástroje HCR-20 jsou dynamické.

Další aktuální studií, která užila k měření efektivity terapeuticko-resocializačního programu nástroj HCR-20, je výzkum De Vriese et al. (2015), kteří zkoumali během léčby u forenzních psychiatrických pacientů nejen změnu dynamických položek HCR-20, ale i změnu hodnot v protektivních faktorech, měřených nástrojem SAPROF (Structured Assessment of Protective Factors for Violence Risk). U 108 odsouzených probandů s psychiatrickou diagnózou a nařízenou ochrannou léčbou byly změřeny hodnoty výše daných metod před a po léčbě. Přičemž zmíněná léčba byla založena na kognitivně-behaviorální terapii a na terapii zaměřené na prevenci relapsu. 64 z uvedených probandů mělo v anamnéze sexuálně motivovaný násilný trestný čin a 44 probandů spáchalo násilný trestný čin. Výsledky v daných metodách, které byly získány ve dvou časových úsecích, byly porovnány. Autoři této studie shledali, že pozitivní změna, tedy snížení hodnot v dynamických subškálách HCR-20 a také zlepšení v metodě SAPROF pozitivně korelovaly se snížením rizika spáchání opětovného násilného trestného činu, čímž je zde míněna recidiva. Autoři výzkumu dále potvrzují senzitivitu nástrojů HCR-20 a SAPROF jako metod k prediktabilitě rizika recidivy a zhodnocení, jak konkrétně se u zkoumaných pacientů dějí terapeutické změny a jak se celková léčba vyvíjí. Což shledávám i já v této práci, kde podporuji názor výše zmíněných autorů, že změny hodnot v subškále klinické a v subškále řízení rizik mohou být dobrým ukazatelem efektivity terapeuticko-resocializačního programu.

Jiná studie se zaměřovala na měření efektivity léčby u nepsychiatrických pacientů v nápravném zařízení opět pomocí nástroje HCR-20. Výzkumným cílem bylo zjistit, zda můžeme díky nástrojům měřícím riziko recidivy a nebezpečnost pachatele, zde HCR-20,

předcházet recidivě v nápravném zařízení s nejvyšší ostrahou a zda bude pozorovatelný rozdíl v hodnotách rizikových faktorů v této metodě (Belfrage Fransson & Strand, 2004). Pomocí výše zmíněné metody byli probandi, kteří měli v anamnéze spáchání NTČ, posouzeni, kdy výsledkem byla pravděpodobnost rizika recidivy násilného trestného činu. Hodnocení bylo realizováno nejen na základě rozhovoru s probandy, ale i na základě pohovoru s personálem, který měl probandy v péči. Po 12 měsících bylo provedeno opětovné hodnocení u jedné třetiny posouzených. Ačkoliv nebyl zaznamenán výrazný pokles hodnot rizikových faktorů HCR-20, došlo ke snížení rizika recidivy s postupem léčby (Belfrage et al., 2004). V našem výzkumu také nedošlo u některých pacientů k výraznému poklesu hodnot dynamických faktorů HCR-20 (V3), přesto však s postupem času došlo k přeměně ústavního ochranného léčení na ochranné léčení vykonávané ambulantní formou z důvodu poklesu nebezpečnosti pachatelů NTČ. Důvodem nezobrazení se výrazných změn v profilu HCR-20 může být také fakt, že pacienti již na začátku měření byli hodnoceni jako méně pro společnost nebezpeční či lidé s nízkým či středním rizikem recidivy. Tedy stejně jako autoři zmíněné studie, se i já přikláním k názoru, že výrazné snížení hodnot rizikových faktorů v HCR-20 nemusí automaticky znamenat fakt, že nedošlo ke snížení rizika recidivy. Autoři v závěru zdůrazňují důležitost nejen rizikových faktorů, ale i faktorů protektivních pro měření rizika recidivy a efektivity terapeuticko-resocializačního léčebného programu (Belfrage et al., 2004). Zde opět lze potvrdit důležitost idiografického přístupu při tvorbě terapeuticko-resocializačních plánů, na níž se shodují již s L. Houdkovou.

Poslední, zde uvedená, studie se zabývala měřením efektivity ochranného léčení u chronických psychotiků jinými nástroji, než HCR-20. Vybraní chroničtí psychotici absolvovali léčebný program založený na metodách kognitivně-behaviorální terapie zahrnující psychologickou edukaci, metody zpracování smutku, techniky zvládání stresu, nácvik sociálních dovedností a zvládání psychotických symptomů dle Libermanova modelu. Výzkumná úmrtnost obsahovala 9 pacientů, přičemž 16 pacientů tento program dokončilo, a ti skórovali lépe na škálách sociálních dovedností a zvládání negativních projevů chování, nežli kontrolní skupina, která tento program neabsolvovala. V rámci observačního nástroje REHAB nebyly pozorovány rozdíly mezi kontrolní a výzkumnou skupinou. Ani v rámci užitých nástrojů PANSS (Structured interview for positive, negative and general psychopathological symptoms) a SIG (Self-report questionnaire for social anxiety and social responses) nebyly zaznamenány výrazné rozdíly po absolvování výše zmíněného programu. Autoři této studie v závěru zdůrazňují těžkosti při posuzování efektivity terapeuticko-

resocializačního programu a pozitivních terapeutických změn především u psychotiků, jež trpí poruchami osobnosti ze skupiny B (Hornsveld & Nijman, 2005). Skupina B je v DSM V, 2013 označována jako skupina poruch osobnosti majících problém s kontrolou impulzivity a s regulací emocí. Patří sem disociální porucha osobnosti, histriónská porucha osobnosti, narcistická porucha osobnosti a emočně-nestabilní porucha osobnosti hraničního typu. Těžkosti s efektivitou léčby u těchto poruch osobnosti potvrzují i mé praktické zkušenosti nejen z tohoto výzkumu. Léčba poruch osobnosti je dlouhodobá (Praško a kol., 2003) a dosažení plné efektivity léčby je těžší s přidružením další diagnózy jako je tomu u psychotiků či závislých jedinců nebo sexuálních deviantů, jimž byla nařízena ochranná léčba zaměřená na snížení rizika recidivy spáchání násilného trestného činu

7.3. Směřování dalšího výzkumu

Další výzkum by se dle mého názoru měl zaměřit na standardizaci HCR-20 (V3) v českých podmínkách. HCR-20 (V3) je jedním z nejnovějších nástrojů posuzování rizika recidivy a jak již bylo zmíněno výše, druhá verze byla označena i za jeden z nejefektivnějších nástrojů posuzování nebezpečnosti ve 44 zemích (Potts, 2013). Výzkumy v České republice chybí jak pro první, tak pro druhou i třetí verzi. Verze třetí má tu výhodu, že se dle mého názoru již svým zaměřením na terapii řadí ke čtvrté, tedy nejnovější, generaci nástrojů posuzování nebezpečnosti pachatelů NTC, jež zohledňuje nejnovější trendy v oblasti posuzování rizika násilné recidivy. V České republice je většinou zvykem posuzovat nebezpečnost pachatele ad hoc, ale dle mého názoru by forenzně-kliničtí odborníci měli mít standardizovaný nástroj, o který své rozhodnutí mohou opřít, čímž by toto rozhodnutí bylo více transparentní a mohlo by být dále lépe přezkoumáváno. Další výzkumy bych tedy směřovala k ověření validity a reliability tohoto nástroje na reprezentativním vzorku v České republice. Což by mělo pomoci i k zavedení užívání tohoto nástroje pro měření efektivity terapeuticko-resocializačních programů a k navržení dalších konkrétních doporučení založených na idiografickém přístupu. Dále je třeba zmapovat rozdíly v posuzování rizika recidivy pro psychiatrickou populaci, dále pro populaci sexuologickou a dále pro pachatele bez psychiatrické diagnózy či s diagnózou poruchy osobnosti. Dále by bylo vhodné realizovat studii jak na mužském vzorku, přičemž v rámci mužské populace by měl být vzorek ze všech zmíněných kategorií k dispozici tak, aby byl reprezentativní, ale i v rámci ženské populace. Zde by měl být brán zřetel především na pachatelky násilného trestného činu, které podstupují trest odnětí svobody ve vězeňském zařízení. V rámci uvedených podmínek by taktéž mohl být

nasbírán reprezentativní vzorek tak, aby se výsledky studie mohly zobecnit. Je vhodné dodat, že výzkumy by měly být realizovány školenými hodnotiteli či odborníky, kteří mají s HCR-20 (V3) zkušenosti a splňují podmínky pro užívání tohoto nástroje, které byly popsány výše. Toto tvrzení by mohlo být podloženo dalším výzkumem, který by srovnával výsledky hodnocení rizika recidivy pachatelů NTČ proškolenými a neproškolenými posuzovateli. Jak již však potvrdil Flores et al. (2006), školení a zkušenosti s používáním nástroje pro posouzení nebezpečnosti jsou nutným faktorem k jeho správnému užívání.

ZÁVĚR

Tato práce si kladla za cíl nejprve objasnit několik významných pojmů, jež jsou provázané a navzájem spolu souvisí. Nejprve byla popsána teoretická východiska týkající se pojmů agrese a násilí, kde bylo definováno několik teorií s různými východisky vysvětlující vznik těchto fenoménů. Popsány byly i různé typy agrese a násilí. Dále bylo specifikováno posuzování nebezpečnosti a její prognózování, objasnění tolik veřejností diskutovaného vztahu určitých rizikových faktorů k nebezpečnosti jedinců. Konkrétněji se jednalo o objasnění vztahu psychózy, psychopatie, recidivy sexuálního násilí a syndromu závislosti a nebezpečnosti. Jak bylo ukázáno v jednotlivých výzkumech, názory především na problematiku vztahu psychóz a nebezpečnosti se rozvíjely odlišně. Mnoho novějších výzkumů se přiklání k faktu, že psychóza je jedním z rizikových faktorů recidivy (Douglas et al., 2013), avšak lidé trpící psychózou nejsou extrémně více nebezpeční nežli jedinci, kteří touto duševní poruchou netrpí (Appelbaum et al., 2000). U diagnózy psychopatie bylo prokázáno, že tito jedinci nejsou neresocializovatelní, nýbrž že potřebují speciální metodiky zacházení zaměřené přímo na jejich specifickou strukturu osobnosti (Salekin, 2000). Sexuální deviace byla mnohými výzkumníky označena jako jeden z faktorů, který je spojen s násilnou recidivou velice výrazně (Quinsey et al., 1998). Což je podmíněno i vnímáním sexuální deviace jako celoživotně přítomného faktoru, který nelze vyléčit, ale lze se pokusit o adaptaci na život s parafilii (Weiss, 2002). Psychotropní látky podmiňují chování, které je u jedince neobvyklé a je spojeno s trestnou činností. Alkohol se ukázal být významným faktorem při vzniku domácího násilí. Kokain a heroin jsou pak dle McMurrana (2008) nejčastěji užívané ilegální drogy spojované s pácháním trestné činnosti. Pojem recidiva, který byl také v práci specifikován, se pevně váže ke všem výše zmíněným konstruktům. Nebezpečnost je především v anglosaské literatuře spjata právě s rizikem násilné recidivy (Blatníková & Netík, 2008). Bylo prokázáno, že nejen kriminogenní faktory, jež jsou více prozkoumány, souvisí s rizikem násilné recidivy (Doyle & Dolan, 2008), nýbrž i faktory protektivní, a to především ty, které se vztahují k pozitivním sociálním vazbám (Ullrich & Coid, 2011). Aby měl celý proces posuzování nebezpečnosti a míry rizika recidivy smysl, je nutné zaměřit se na resocializační programy, které by měly být uzpůsobeny dané skupině, na niž jsou resocializační techniky zacíleny tak, aby se pachatel násilného trestného činu mohl co nejdříve a s co nejmenšími problémy navrátit do společnosti (Göbbels, Ward & Willis, 2013). Jedním ze zdravotnických typů terapeuticko-resocializačních programů pro psychiatrické

pacienty je soudně nařízené ochranné léčení, jehož efektivita byla v rámci empirické části této rigorózní práce zkoumána.

Posuzování rizika spáchání dalšího trestného činu a efektivity terapeuticko-resocializačních programů je pro společnost i pro posuzovaného jednotlivce velice důležité (Matiaško, 2010). V zahraničí lze zaznamenat snahu o jednotnost v posuzování rizika recidivy pachatelů a zároveň určitý vývoj v této oblasti. Tato snaha se nyní přesouvá i do České republiky, a proto byla v rámci této práce představena 3. verze testu posuzování rizika recidivy HCR-20, která vyšla v květnu 2013, její užití bylo demonstrováno na vyhodnocení tří odlišných kazuistik a na kvantitativním posouzení efektivity ochranného léčení a z něho vycházejících doporučení pro resocializaci konkrétních pacientů. Bylo tedy prokázáno, že nástroj HCR-20 (V3) může spolehlivě měřit efektivitu terapeuticko-resocializačních programů. Na základě tohoto výzkumu může být dále ochranné léčení v PN Bohnice označeno jako efektivní pro většinu probandů z této studie. Přesto však lze efektivitu daného terapeuticko-resocializačního programu zvýšit, a to zaměřením se na konkrétní resocializační doporučení pro jednotlivé probandy, jež mohou vycházet právě z určení relevance rizikových faktorů nástroje HCR-20 (V3). Na výsledky výzkumu působily některé intervenující proměnné, mezi něž byl zahrnut vliv subjektivity na posouzení rizika recidivy, tedy osobnostní faktory na straně posuzovatele, ale i na straně posuzovaných a samozřejmě jejich interakce. Na výsledky této práce zcela jistě působila i charakteristika vzorku, který byl z důvodu malé dostupnosti dostatečný, avšak nepříliš velký a pocházel z jedné forenzně-psychiatrické instituce. Navíc obsahoval probandy s vícero typy uložených ochranných léčeb. Další možnou intervenující proměnnou byl obsah hodnocených položek a celková konstrukce užitého nástroje posouzení rizika recidivy HCR-20 (V3).

I přes tyto nedostatky zůstává velkým přínosem studie vytvoření přehledu nejnovějších výzkumů v oblasti posouzení rizika recidivy a možnosti resocializace a zhodnocení zároveň i celého vývoje posuzování nebezpečnosti a rizika recidivy a nástrojů k této činnosti sloužících. Hlavním přínosem je však představení metody HCR-20 (V3), její zhodnocení certifikovaným uživatelem, tedy autorkou práce, a ukázka administrace a vyhodnocení rizika recidivy pomocí HCR-20 (V3) na třech kazuistických případech. Neméně cenná je ukázka využití této metody jako nástroje na měření efektivity terapeuticko-resocializačních programů a na základě tohoto zhodnocení vytvoření konkrétních resocializačních doporučení. Další výhodou je podpora jednotnosti v užívání HCR-20 (V3). Tato metoda posouzení rizika recidivy a efektivity terapeuticko-resocializačních programů by

se neměla užívat bez absolvovaného školení a znalosti manuálu HCR-20 (V3), jak se tomu bohužel v praxi děje. Některé forenzní instituce jako je Vězeňská služba ČR mají o zisk nástroje pro posouzení nebezpečnosti zájem, tudíž i pro ně zůstává otázkou k zamyšlení, zda je reálné očekávat, že lidé mající používat tuto metodiku se ji opravdu naučí používat přesně dle návodu tak, aby posouzení rizika recidivy bylo adekvátní a efektivní, i bez proškolení se v užívání tohoto nástroje. Pokud by tomu tak nebylo, výsledky hodnocení rizika recidivy budou nespolehlivé a tedy nic neříkající. Neméně důležitým přínosem studie je i upozornění na možné intervenující proměnné, které mohou ovlivnit výsledky hodnocení rizika recidivy probandů pomocí jakéhokoliv nástroje. V této studii bylo nakonec doporučeno další bádání a realizace metodologicky stabilněji zajištěných výzkumů posouzení rizika recidivy a změření efektivity terapeuticko-resocializačních programů nástrojem HCR-20 (V3) a především ověření jeho validity a reliability v českých podmínkách.

POUŽITÁ LITERATURA

Andrews, D., A. & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th ed.). New Providence, NJ: Matthew Bender & Company, Inc., a member of the LexisNexis Group.

Andrews, D., A., Bonta, J., & Hoge, R., D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 19-52.

Andrews, D., Zinger, I., Hoge, R., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369–404.

Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., & Monahan, J. (2000). Violence and delusions: Data from the MacArthur Violence Risk Assessment Study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 566–572.

Atakan, Z. (2005). Pacient s komplexním systémem potřeb. In: M., D. Beer, S., M. Pereira & C. Paton (Eds.), *Intenzivní péče v psychiatrii* (pp. 145-167). Praha: Grada Publishing.

Basile, K., C. & Saltzman, L., E. (2002). *Sexual violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Dostupné na: http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/sv_surveillance_definitions1-2009-a.pdf.

Beck A., T., Freeman, A., Davis, D., D. & Associates. (2003). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). Guilford Press: NY, USA.

Beech, A., R. & Ward, T. (2004). The integration of etiology and risk in sex offenders: A theoretical model. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 31-63.

Belfrage, H. & Douglas, K., S. (2002). Treatment effects on forensic psychiatric patients measured with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 25-36.

- Belfrage, H., Fransson, G. & Strand, S. (2004). Management of violent behaviour in the correctional system using qualified risk assessments. *Legal and Criminological Psychology*, 9, 11-22.
- Bennett, J. (2008). *The social costs of dangerousness: Prison and the dangerous classes*. Centre for crime and justice studies. London: Kings College London. Dostupné na: http://www.crimeandjustice.org.uk/opus540/Dangerousness_finalweb.pdf.
- Berkowitz, L. (1989). Frustration-aggression hypothesis: Examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 106(1), 59-73.
- Biedermanová, E. & Petras, M. (2011). *Možnosti a problémy resocializace vězňů, účinnost programů zacházení*. Praha: IKPS. Dostupné na: <http://www.ok.cz/iksp/docs/390.pdf>.
- Blatníková, Š. & Netík, K. (2008). *Predikce vývoje pachatele*. Praha: IKPS.
- Bourgois, P. (1996). In search of masculinity: Violence, Respect and Sexuality among Puerto Rican Crack Dealers in East Harlem. *British Journal of Criminology*, 36(3), 96-101.
- Brennan, P. A., Mednick, S. A., & Hodgins, S. (2000). Major mental disorders and criminal violence in a Danish birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 57, 494–500.
- Brown, S., L., Amand, M., D. St. & Zamble, E. (2009). The dynamic prediction of criminal recidivism: A threewave prospective study. *Law & Human Behavior*, 33(1), 25–45.
- Brown, W., K., Newnam, T., A. & Wilson, R., M. (2005). *Aggression and violence in childhood*. York, PA: William Gladden Foundation.
- Buning, E., Van Brusel, G. & Van Santen, G. (1992). The impact of harm reduction drug policy on AIDS prevention in Amsterdam. In: P. A. O'Hare, R. Newcomb, A. Matthews, E. C. Buning & E. Drucker. *The reduction of drug-related harm* (pp. 30-39). London: Routledge.

Cooke, D., J., Michie, C. & Skeem, J. (2007). Understanding the structure of the Psychopathy Checklist-Revised: An exploration of methodological confusion. *The British Journal of Psychiatry*, 190, 39-50.

Cornel, H. & Maelicke, B. (1994). *Recht der Resozialisierung* (3rd ed.). Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Čermák, I. (1998). *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou: Fakta.

Čírtková, L. (2004). *Forenzní psychologie*. Plzeň: Aleš Čeněk, s.r.o.

Čírtková, L. (2006). *Policejní psychologie*. Plzeň: Aleš Čeněk, s. r. o.

De Vries, R., M., De Vogel, V., Douglas, K., S. & Nijman, H., L., I. (2015). Changes in dynamic risk and protective factors for violence during inpatient forensic psychiatric treatment: Predicting reductions in postdischarge community recidivism. *Law & Human Behavior (American Psychological Association)*, 39(1), 53-61.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. (1994) (4th ed). Washington (DC): American Psychiatric Association.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V. (2013) (5th ed). Washington (DC): American Psychiatric Association.

Dobrotka, G. (1995). Myšlienky k psychologické prognostice prvočinu. In: *Zborník Aktuálne problémy kriminologickej prognostiky* (pp. 175-178). Bratislava: APZ SR.

Douglas, K., S & Belfrage, H. (2014). Interrater reliability and concurrent validity of the HCR-20 Version 3. *International Journal of Forensic Mental Health*, 13(2), 130-139.

Douglas, K., S., Guy, L., S. & Hart, S., D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135(5), 679-706.

Douglas, K. S., Guy, L. S., Reeves, K. A. & Weir, J. (2008). HCR-20 Violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography (Current up to November 24, 2008). In: *UMASS Medical School*. Dostupné na: http://escholarship.umassmed.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1362&context=psych_cmhsr.

Douglas, K., S., Guy, L., S. & Weir, J. (2006). HCR-20 Violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography. In: *SFU Psychology*. Dostupné na: www.sfu.ca/psychology/groups/faculty/hart/violink.htm.

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law and Policy Institute, Simon Fraser University.

Douglas K. & Kropp P., R. (2002). A prevention- based paradigm for violence risk assessment: Clinical and research applications. *Criminal Justice and Behavior*, 29(5), 617-658.

Douglas, K. S., Webster, C. D., Hart, S. D., Eaves, D., & Ogloff, J. R. P. (Eds.) (2001). *HCR-20: Violence risk management companion guide*. Vancouver, BC/Tampa, FL: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University/Department of Mental Health Law & Policy, University of South Florida.

Doyle, M. & Dolan M. (2008). Understanding and managing risk. In: K. Soothill, P. Rogers & M. Dolan (Eds.), *Handbook of forensic mental health* (pp. 244-267). Devon, UK: Willan Publishing.

Doyle, M. & Duffy, D. (2006). Assessing and managing risk to self and others. In: P. Woods, A. Kettles & R. Byrt. *Forensic mental health nursing: Interventions with people with „Personality disorder“* (National Forensic Nurses Research and Development Group) (pp. 135-150). London: Quay Books.

Dutton, K. (2013). *Moudrost psychopatů*. Brno: Emitos.

- Ferns, T. (2007). Factors that influence aggressive behaviour in acute care settings. *Nursing Standard*, 21(33), 41–45.
- Fiedler, P. (2004). *Sexuelle Orientierung und sexuelle Abweichung: Heterosexualität - Homosexualität - Transgenderismus und Paraphilien - sexueller Missbrauch - sexuelle Gewalt*. Basel: Beltz Verlag.
- Finzen, A. (2011). *Schizophrenie: Die Krankheit verstehen, behandeln, bewältigen*. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Flores, A., W., Lowenkamp, C., T., Holsinger, A., M. & Latessa, E., J. (2006). Predicting outcome with the level of service inventory-revised: The importance of implementation integrity. *Journal of Criminal Justice*, (34), 523-529.
- Floud, J. (1982). Dangerousness and criminal custice. *The British Journal of Criminology*, 22 (3), 213-228.
- Fontaine, R., G. (2007). Disentangling the psychology and law of instrumental and reactive subtypes. *Psychology, Public Policy and Law*, 13(2), 143-165.
- Fromm, E. (1997). *Anatomie lidské destruktivity: Můžeme ovlivnit její podstatu a následky?* Praha: Nakladatelství Lidové noviny.
- Gagliardi, G., J., Lovell, D., Peterson, P., D. & Jemelka, R. (2004). Forecasting recidivism in mentally ill offenders released from prison. *Law & Human Behavior*, 28(2), 133–155.
- Gillernová, I. & Boukalová, H. (2006). *Vybrané kapitoly z kriminalistické psychologie*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- Göbbels, S., Ward, T., & Willis, G., M. (2013). Die Rehabilitation von Straftätern: Das „Good-lives“-Modell. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 7(2), 122-132.

Gray, N., S., Hill, C., McGleish, A., Timmons, D., MacCulloch, M., J. & Snowden, R., J. (2003). Prediction of violence and self-harm in mentally disordered offenders: A prospective study of the efficacy of HCR-20, PCL-R, and psychiatric symptomatology. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71(3), 443-451.

Hagemann-White, C. & Bohn, S. (2002). *Protecting women against violence: Analytical study on the effective implementation of Recommendation Rec(2002)5 on the protection of women against violence in Council of Europe member States*. Strasbourg: Directorate General of Human Rights and Legal Affairs. Dostupné na: http://www.coe.int/t/dg2/equality/domesticviolencecampaign/Source/EN_CDEG_2007_3_complete.pdf.

Hare, R., D. (1996). Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 25-54.

Hare, R., D. & McPherson, L. M. (1984). Violent and aggressive behavior by criminal psychopaths. *International Journal of Law & Psychiatry*, 7, 35-50.

Hart, S., D. (1998). The role of psychopathy in assessing risk for violence: Conceptual and methodological issues. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 121-137.

Hastings, M. E., Krishnan, S., Tangney, J., P. & Stuewig, J. (2011). Predictive and incremental validity of the Violence Risk Appraisal Guide scores with male and female jail inmates. *Psychological Assessment*, 23(1), 174-183.

Heidensohn, F. & Gelsthorpe, L. (2007). Gender and crime. In: M. Maguire, R. Morgan & R. Reiner (Eds.), *The Oxford handbook of criminology* (4th ed.) (pp. 381-420). Oxford: Oxford University Press.

Heretik, A. (2004). *Forezná psychológia: pre psychológov, právnikov, lekárov a iné pomáhajúce profesie*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo.

Herrenkohl, T., I., Maguin, E., Hill, K., G., Hawkins, J., D., Abbott, R., D. & Catalano, R., D. (2000). Developmental risk factors for youth violence. *Journal of Adolescent Health*, 26(3), 176-186.

- Hollitscher, W. (1975). *Lidská agresivita v dílech Marxe, Freuda a Lorenze*. Praha: Nakladatelství Svoboda.
- Hoptman, M., J. & Antonius, D. (2011). Neuroimaging correlates of aggression in schizophrenia: An update. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(2), 100–106.
- Hornsveld, R., H., J. & Nijman, H., L., I. (2005). Evaluation of a cognitive-behavioral program for chronically psychotic forensic inpatients. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(3), 246-254.
- Houdková, L. (2014). *Psychologické souvislosti resocializačních programů pro mladé odsouzené a jejich efekty*. (Dizertační práce). Univerzita Karlova, Filosofická fakulta, katedra Psychologie, Praha.
- Janoušek, J. (1992). Sociálně kognitivní teorie Alberta Bandury. *Československá psychologie*, 36(5), 385-398.
- Jiříčka, V. (2015). *Efektivní zacházení s pachateli násilných trestných činů s poruchami osobnosti v podmínkách penitenciární péče*. (Dizertační práce). Univerzita Karlova, Filosofická fakulta, katedra Psychologie, Praha.
- Jiříčka, V., Vevera, J. & Valentová P. (2014). Léčba odsouzených agresorů s dissociální poruchou osobnosti. In J. Raboch, I. Zrzavecká & P. Doubek (Eds.), *Budoucnost o duševně nemocné v souvislostech: Sborník příspěvků z X. sjezdu psychiatrické společnosti ČLS JEP s mezinárodní účastí, Špindlerův Mlýn, 12. – 15.6.2014*. (pp.117-120). Brno: Tribun EU.
- Johanidesová, S. (2007). *Ověření použitelnosti diagnostické metody Hare Psychopathy Checklist.: Příspěvek k typologii odsouzených*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova, Filosofická fakulta, katedra Psychologie, Praha.
- Jolliffe, D. & Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic empathy scale. *Journal of Adolescence*, 29, 589–611.
- Jones, S. (2000). *Understanding violent crime*, Berkshire: Open University Press.

- Kebza, V. & Šolcová, I. (2003). Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, 47(4), 333-345.
- Knight, B., G. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd ed). Thousand Oaks (CA): Sage Publications.
- Krause, K. (2009). Beyond definition: Violence in a global perspective. *Global Crime*, 10(4), 337-355.
- Kröner, C. Stadtland, C., Eidt, M. & Nedopil, N. (2007). The validity of The Violence Risk Appraisal Guide (V-RAG) in predicting criminal recidivism. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 17(2), 89-100.
- Liem, M., C., A. & Oberwittler, D. (2011). Homicide followed by suicide in Europe. In: Liem, M., C., A. & Pridemore, W., A. (Eds.), *Handbook of European homicide research* (pp. 197-215), New York: Springer.
- Lovaš, L. (2008). *Agrese*. In: I. Slaměník & J. Výrost (Eds.), *Sociální psychologie* (2nd ed.) (pp. 267-283). Praha: Grada.
- Marešová, A., Blatníková, Š., Kotulan, P., Martinková, M., Štěchová, M. & Tamchyna, M. (2011). Kriminální recidiva a recidivisté. Praha: IKSP.
- Matějček, Z. & Dytrych, Z. (1997). *Jak a proč nás děti trápí*. Praha: Grada Publishing, s. r. o.
- Matiaško, M. (2010). Možnosti predikcie násilného jednania u páchatela s duševnou poruchou. *Psychiatrie*, 1, 12-17.
- McGuire, J. (2008). Offending behaviour interventions. In: G. Towl, D., P. Farrington, D. Crighton, & G. Hughes (Eds.), *Dictionary of forensic psychology* (pp. 126-129). Devon, UK: Willan Publishing.

- McMurran, M. (2008). Understanding and managing risk. In: K. Soothill, P. Rogers & M. Dolan (Eds.), *Handbook of forensic mental health* (pp. 424-445). Devon, UK: Willan Publishing.
- Ministerstvo vnitra, UK. (2011). *Cross-government definition of domestic violence: A consultation*. London, UK: Ministerstvo vnitra. Dostupné na: <http://www.homeoffice.gov.uk/publications/about-us/consultations/definition-domestic-violence/dv-definition-consultation?view=Binary>.
- Miyazaki, T., Kuwano, H., Kato, H., Ando, H., Kimura, H., Inose, T. et al. (2003). Correlation between serum melatonin circadian rhythm and intensive care unit psychosis after thoracic esophagectomy. *Surgery*, 133(6), 662-668.
- MKN-10: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. (2014). *Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR* [online]. Dostupné na: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>.
- Monahan, J. (1981). *Predicting violent behavior: An Assessment of clinical techniques*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Monahan, J. (1992). A terror to their neighbors: Beliefs about mental disorder and violence in historical and cultural perspective. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 20, 191–195.
- Monahan, J., Steadman, H., J., Appelbaum, P., S., Grisso, T., Mulvey, E., P., Roth, L., H. et al. (2006). The classification of violence risk. *Behavioral Sciences & the Law*, 24(6), 721-730.
- Morrison, D. E. & Millwood, A. (2007). The meaning and definition of violence. *International Journal of Media & Cultural Politics*, 3(3), 289-305.
- Mulhall, A. (2003). In the field: notes on observation in qualitative research. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 306-313.
- Nešpor, K. (2011). *Návykové chování a závislost* (4th ed.). Praha: Portál.

- Nešpor, K. (2004). *Jak překonat problémy s alkoholem*. Brno: Sportpropag.
- Netík, K., Netíková, D., & Hájek, S. (1997). *Psychologie v právu*. Praha: C. H. Beck.
- Nicolson, P. (2010). *Domestic violence and psychology: A critical perspective*. East Sussex: Routledge.
- Obergell-Fuchs, J. (2011). *Gefährliche Straftäter aus kriminologischer und psychologischer Sicht*. Stuttgart: Justizvollzugsschule.
- Olver, M., E., Wormith, J., S. & Stockdale, K., C. (2011). A Meta-analysis of predictors of offender treatment attrition and its relationship to recidivism. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(1), 6-21.
- Palmer, E., & Hollin, C. (2007). The level of service inventory- revised with English women prisoners: A needs and reconviction analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 971-984.
- Patrick, C., J., Venables, N., C. & Drislane, L., E. (2013). Commentary: The role of fearless dominance in differentiating psychopathy from antisocial personality disorder: Comment on Marcus, Fulton and Edens. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4 (1), 80–82.
- Petras, M., Jiříčka, V., Hůrka, J., Netočný, M., Podaná, Z. & Buriánek, J. (2010) Predikce kriminality: Nový nástroj SARPO1 na hodnocení kriminogenních rizik a potřeb pachatele. *Trestněprávní revue: Odborný recenzovaný časopis pro trestní právo*, 9(9), 283-290.
- Poněšický, J. (2010). *Agrese, násilí a psychologie moci v životě i v procesu psychoterapie* (2nd ed.). Praha: Triton.
- Potts, Z. (2013). Advances in Violence Risk Assessment: Introduction and application of the HCR-20 Version 3. *Fordham University: The Jesuit University of New York* [online].
Dostupné na:
http://www.fordham.edu/academics/programs_at_fordham_/psychology_department/events/advances_in_violence_90654.asp.

Praško, J. a kol. (2003). *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál.

Prout, H., T. (1994). Issues in counseling and psychotherapy. In: D. C. Strohmer & H. T. Prout (Eds.), *Counseling and psychotherapy with persons with mental retardation and borderline intelligence* (pp. 1-21). Brandon, VT: Clinical Psychology Publishing.

Quinsey, V., Harris, G., Rice, M., & Cormier, C. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington DC: American Psychological Association.

Rabinowitz, J. & Mark, M. (1999). Risk factors for violence among long-stay psychiatric patients: National study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(5), 341-347.

Raszka, M., Chalupníček, A. & Praško, J. (2010). Depersonalizace a derealizace z klinického hlediska. *Psychiatrie*, 14(3), 127-134.

Rice, M., Harris, G., & Quinsey, V. (1990). A followup of rapists assessed in a maximum security psychiatric facility. *Journal of Interpersonal Violence*, (5), 435-448.

Risk assessment of violence. (2014). *The Higher Education Academy* [online]. Dostupné na: http://www.heacademy.ac.uk/resources/detail/subjects/psychology/Risk_Assessment.

Řezáč, J. (1998). *Sociální psychologie*. Brno: Paido.

Salekin, R., T. (2000). Psychopathy and therapeutic pessimism: Clinical lore or clinical reality? *Clinical Psychology Review*, (22), 79-112.

Salekin, R., T., Rogers, R., Ustad, K., L. & Sewell, K., W. (1998). Psychopathy and recidivism among female inmates. *Law & Human Behavior*, 22(1), 109-128.

Salekin, R. T., Brannen, D. N., Zalot, A. A., Leistico, A. R., & Neumann, C. S. (2006). Factor structure of psychopathy in youth: Testing the applicability of the new four-factor model. *Criminal Justice and Behavior*, (33), 135-157.

Scott, C., L. & Resnick, P., J. (2006). Violence risk assessment in persons with mental illness. *Aggression and Violent Behavior*, (11), 598-611.

Selg, H., Mees, U. & Berg, D. (1997). *Psychologie der Aggressivität*. Göttingen; Bern: Hogrefe Verlag für Psychologie.

Seto, M., C. & Barbaree, H., E. (1999). Psychopathy, treatment behavior and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence* (14), 1235-1248.

Shover, N. (1991). Burglary. In: M. Tonry (Ed.), *Crime and justice. A review of research* (14, pp. 73-113). Chicago: University of Chicago Press.

Schwind, H.-D. (2013). *Kriminologie: Eine praxisorientierte Einführung mit Beispielen* (22nd ed). Heidelberg: Kriminalistik.

Singh, J., P. (2012). The History, development and testing of forensic assessment tools. In: E., L. Grigorenko (Ed.), *Handbook of juvenile forensic psychology and psychiatry* (pp. 215-226). New York, NY: Springer.

Smolík P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: Průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika* (2nd ed.). Praha: Maxdorf/Jesenius.

Steinert T. (2002). Prediction of inpatient violence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 133-141.

Svoboda, M. (1999). *Psychologická diagnostika dospělých*. Praha: Portál.

Šrutová, L. (2009). Psychologická znalecká činnost. In: P., Pavlovský, E., Malá & L., Procházka & L., Šrutová (Eds.), *Soudní psychiatrie a psychologie* (3rd ed.) (pp. 189-221). Praha: Grada Publishing.

Švarc, J. (2013). Léčba závislostí v ochranném léčení (OL) v ČR. [online]. Dostupné na: <http://www.at-konference.cz/archiv/rocnik-2013/>.

Tengstroem, A., Grann, M., Langstroem, N., & Kullgren, G. (2000). Psychopathy (PCL-R) as a predictor of violent recidivism among criminal offenders with schizophrenia. *Law & Human Behavior*, 24(1), 45-58.

Teplin, L. A. (1985). The criminality of the mentally ill: A dangerous misconception. *American Journal of Psychiatry*, 142, 593–599.

Ullrich, S. & Coid, J. (2011). Protective factors for violence among released prisoners-effects over time and interactions with static risk. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 79(3), 381-390.

Urbaniok, F. & Stürm, M. (2006). Das Zürcher "Ambulante Intensiv-Programm" (AIP) zur Behandlung von Sexual- und Gewaltstraftätern. Teil 2: Spezifisch deliktpräventive und therapeutische Konzeptionen. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 157(3), 119-133.

Urbanová, M. (1977). Příspěvek k psychologické analýze efektu penitenciární resocializace. In: *Bulletin Výzkumného ústavu penologického SNV ČSR* č. 2-3/1977.

Valentová, P. (2013). *Vybrané psychologické aspekty posuzování nebezpečnosti pobytu pachatelů trestného činu na svobodě, rizika recidivy a možnosti resocializace*. (Diplomová práce). Univerzita Karlova, Filosofická fakulta, katedra Psychologie, Praha.

Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Vitacco, M., J., Van Rybroek, G., J., Rogstad, J., E., Yahr, L., E., Tomony, J., D. & Saewert, E. (2009). Predicting short-term institutional aggression in forensic patients: A multi-trait method for understanding subtypes of aggression. *Law & Human Behavior*, 33(4), 308-319.

Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie* (3rd ed.). Praha: Portál.

Walsh, Z., & Kosson, D., S. (2007). Psychopathy and violent Crime: A prospective study of the influence of socioeconomic status and ethnicity. *Law & Human Behavior*, 31(2), 209–229.

- Warren, F. McGauley, G., Norton, K., Dolan, B., Preedy-Fayers, K., Pickering, A. et al. (2003). *Review of treatments for severe personality disorder* (Report No. 30/3). The United Kingdom.: Home Office, Department of Health and Prison Service, DSPD Programme. Dostupné na: <http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs2/rdsolr3003.pdf>.
- Webster, C., D., Douglas, K., S., Eaves, D. & Hart, S., D. (1997). *HCR-20: Assessing risk for violence (Version 2)*. Vancouver, Canada: Simon Fraser University.
- Webster, C., D. & Jackson, M., A. (1997). A clinical perspective on impulsivity. In: C., D. Webster, E. & M., A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment and treatment* (pp. 13-32). New York: The Guilford Press.
- Weiss, P., (2002). *Sexuální deviace: Klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.
- Wilkowski, B., M., Robinson, M., D. & Troop-Gordon, W. (2010). How does cognitive control reduce anger and aggression? The role of conflict monitoring and forgiveness processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(5), 830-840.
- Wilson, D., S. & Wilson, E. O. (2007). Rethinking the theoretical foundation of sociobiology. *Quarterly Review of Biology*, 82(4), 327-348.
- Yang, M., Wong, S., C. & Coid, J. (2010). The efficacy of violence prediction: A meta-analytic comparison of nine risk assessment tools. *Psychological Bulletin*, 136(5), 740-767.
- Zvěřina, J. (1995). *Lékařská sexuologie*. Praha: H & H.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Rizikové faktory dle Doyle a Dolana (2008, str. 252)	58
Tabulka č. 2: Rizikové faktory dle Blatníkové a Netíka (2008, s. 32 - 33).....	59
Tabulka č. 3: Protektivní faktory dle Blatníkové a Netíka (2008).....	61
Tabulka č. 4: Věkové rozložení probandů.....	78
Tabulka č. 5: První i druhé měření rizika recidivy u pana Michala dle HCR-20 (V3).....	90
Tabulka č. 6: První i druhé měření rizika recidivy u pana Adama dle HCR-20 (V3).....	97
Tabulka č. 7: První i druhé měření rizika recidivy u pana Adama dle HCR-20 (V3).....	103
Tabulka č. 8: Historické položky HCR-20 (V3) 1. a 2. měření.....	110
Tabulka č. 9: Klinické položky HCR-20 (V3) 1. a 2. měření.....	114
Tabulka č. 10: Položky řízení rizik HCR-20 (V3) 1. a 2. měření.....	117
Tabulka č. 11: Posouzení rizika recidivy u pacientů s nařízenou sexuologickou OL.....	123
Tabulka č. 12: Posouzení rizika recidivy u pacientů s nařízenou psychiatrickou OL.....	124
Tabulka č. 13: Posouzení rizika recidivy u pacientů s nařízenou PA a PT OL.....	126

Seznam grafů

Graf č. 1: Typ ochranného léčení.....	79
Graf č. 2: Recidiva.....	80
Graf č. 3: Typ násilného trestného činu.....	81